

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A SAÚDE DO TRABALHADOR E O SERVIÇO SOCIAL
NA EMPRESA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA E
EXTENSÃO RURAL DE SANTA CATARINA S.A.
EPAGRI**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



Prof.^ª Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Cátia Maria Velloso Huller

Florianópolis (SC), fevereiro 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A SAÚDE DO TRABALHADOR E O SERVIÇO SOCIAL
NA EMPRESA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA E
EXTENSÃO RURAL DE SANTA CATARINA S.A.
EPAGRI**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Cátia Maria Velloso Huller


Orientado por
Prof. Rosana de Carvalho Martinelli Freitas

Área de Atuação
Recursos Humanos

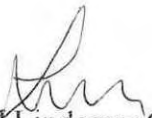
Florianópolis (SC), fevereiro 2003

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi apresentado e julgado perante a Banca Examinadora que atribuiu a nota 10,0 à aluna Cássia Maria Velloso Huller – matrícula 9911603-0.

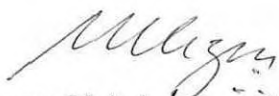
Banca Examinadora


Prof. Rosana de Carvalho Martinelli Freitas

Presidente da Banca


Assistente Social Lindomar Oscar Machado

Primeira Examinadora


Engº Agrônomo Voltaire Mesquita Cezar

Segundo Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me concedeu o dom de viver, acompanha-me em todos os momentos, e a quem recorro silenciosamente, buscando forças na luta para alcançar os meus objetivos. Obrigada pela tua presença, quando caminhaste ao meu lado, pelo conforto e proteção, quando me carregaste no teu colo.

Agradeço especialmente ao meu marido, amante, companheiro e grande amigo Juarez Huller, que, durante todos esse anos, esteve ao meu lado, compartilhando todos os momentos bons e ruins. Agradeço-te pelo amor, estímulo, apoio, compreensão, colaboração e paciência. Todos os dias, agradeço a Deus por ter feito convergirem nossos caminhos, dando-me a oportunidade de ter ao lado alguém tão especial como você. Amo-te muito, meu grande amor!

Agradeço a minhas filhas Aline, Anne e Elisabete, pelo carinho, colaboração, estímulo, companheirismo, paciência e dedicação. Desculpem a ausência, a falta de tempo, o cansaço. Sempre agradeço a Deus por ter me permitido ser MÃE de jovens tão especiais como vocês. Vocês me fazem muito feliz. Amo vocês cada vez mais!

Agradeço a meus pais, Luiz e Emilia, por toda a dedicação e apoio durante todos esses anos. Amo vocês!

Agradeço ao Tio Peter e à Tia Dulce, que, mesmo distantes, fizeram-se presentes em todos os momentos, incentivando-me nesta caminhada. Amo Vocês!

Agradeço à professora Rosana Martinelli Freitas, pela orientação, disposição, aprendizado e a valiosa colaboração na realização deste trabalho.

Agradeço à Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina, à Gerência de Recursos Humanos, especialmente à Eli Maria Duarte, pela disponibilização de material para elaboração deste trabalho.

Agradeço à CASACARESC e a todos seus representantes regionais, que responderam ao questionário desta pesquisa, especialmente à Juçara Maria de Oliveira Bordin, que sempre se dispôs a colaborar para a elaboração desta monografia, disponibilizando material e dando informações.

Agradeço especialmente à assistente social Lindomar Machado, pela oportunidade de realização do estágio, pelo seu companheirismo, profissionalismo, estímulo, incentivo e pela disposição em participar da Banca Examinadora. Lembrarei sempre de você e de tudo que me oportunizou fazer e aprender. Sentirei saudade da convivência diária com uma assistente social tão especial.

Agradeço ao Engenheiro Agrônomo Voltaire Mesquita César, pelo aprendizado que me propiciou no tempo de estágio na EPAGRI e pela sua colaboração na Banca Examinadora.

Agradeço a todos os meus amigos, que, embora não tenham seus nomes citados, estão sempre presentes nos meus pensamentos.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, se fizeram presentes nesta caminhada rumo à conquista do título de Assistente Social.

“Fazer com que as gerações futuras sejam mais felizes que a nossa será o prêmio mais grandioso a que posso aspirar.

Não haverá valor comparável ao cumprimento dessa grande missão que consiste em preparar para a humanidade futura um mundo melhor”.

(Carlos Bernardo González Pecotche)

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	ix
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A QUESTÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	17
1.1 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL – DO INÍCIO DO SÉCULO XX AOS DIAS ATUAIS	17
1.2 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR	35
CAPÍTULO 2 – TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	49
2.1 O TRABALHO, SUA IMPORTÂNCIA NA VIDA DO HOMEM E A QUESTÃO DA SAÚDE	49
2.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, MOTIVAÇÃO E NECESSIDADES HUMANAS	57
2.3 OS RECURSOS HUMANOS NO BRASIL	63
CAPÍTULO 3 – A SAÚDE DO TRABALHADOR E O SERVIÇO SOCIAL NA EPAGRI	73
3.1 AS EMPRESAS ANTECESSORAS DA EPAGRI	73
3.2 A EPAGRI NA ATUALIDADE	87
3.3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EPAGRI E SUA CONTRIBUIÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	95
3.4 - BREVE APRESENTAÇÃO DA CASACARESC	111
3.4.1 A METODOLOGIA DA PESQUISA	118
3.4.2 ANÁLISE DA PESQUISA	120

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
ANEXOS	157

LISTA DE SIGLAS

ABCAR – Associação Brasileira de Crédito e Assistência Rural

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ACAR – Associação de Crédito e Assistência Rural

ACARESC – Associação de Crédito e Assistência Rural do Estado de Santa Catarina

ACARPESC – Associação de Crédito e Assistência Pesqueira de Santa Catarina

AIA – American Internacional Association

AIS – Ações Integradas de Saúde

AMB – Associação Médica Brasileira

ANS – Agência Nacional de Saúde

CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CASACARESC – Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da Associação de Crédito e Assistência Rural de Santa Catarina

CCQ – Círculo de Controle de Qualidade

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CECA – Comunidade Européia do Carvão e do Aço

CEI – Conselho Estadual do Idoso

CEME – Central de Medicamentos

CGT – Central Geral dos Trabalhadores

CH – Coeficiente de Honorários Médicos

CIDASC – Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CISAT – Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

COEP – Comitê de Combate à Fome e pela Cidadania

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CTA – Centro de Tecnologia Agrícola

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho

EMATER's – Empresas Estaduais de Assistência Técnica e Extensão Rural

EMATER-SC – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural de Santa Catarina

EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

EMBRATER – Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural

EMPASC – Empresa Catarinense de Pesquisa Agropecuária

EPAGRI – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (a partir de 1995)

Empresa de Pesquisa Agropecuária e Difusão de Tecnologia de Santa Catarina

ETA – Escritório Técnico Agrícola

FAASC – Federação das Associações de Apicultura de Santa Catarina

FAMH – Fundo de Assistência Médico-Hospitalar

FAPER – Federação das Associações de Funcionários da Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina

FAS/CEF – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FASA – Fundo de Assistência à Saúde

FASESP – Fundo de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais

FMAF – Fundo Mútuo de Assistência Financeira

FSESP – Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública

GEISAT – Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador

GRH – Gerência de Recursos Humanos

IAA – Instituto do Açúcar e do Alcool

IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IASC – Instituto de Apicultura de Santa Catarina

IBC – Instituto Brasileiro do Café

ICEPA – Instituto de Planejamento e Economia Agrícola de Santa Catarina

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

NOB – Norma Operacional Básica

NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

NR – Norma Regulamentadora

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PPA – Plano de Pronta Ação

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESI – Serviço Social da Indústria

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDEPE – Superintendência do Desenvolvimento da Pesca

SUDS – Sistema Único e Descentralizado da Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

A preocupação com a Saúde do Trabalhador é crescente ao longo da História, tem interessado estudiosos das mais diversas áreas da ciência, constituindo-se num campo de investigação interdisciplinar e multiprofissional. As imbricadas e múltiplas dimensões do processo saúde-doença levam à necessidade de conexões e correspondências entre pesquisadores de diversas áreas, tais como Engenharia, Agronomia, Medicina Veterinária, Toxicologia, Ergonomia, Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas, na construção de uma proposta comum.

Cada vez mais têm surgido estudos e abordagens sobre a Saúde do Trabalhador, encontrando-se literatura extensa sobre o assunto. A ampla produção se estende pela Medicina Preventiva/Social, por Faculdades de diversas áreas do conhecimento, pela Medicina e Segurança do Trabalho, entre outros. Porém, discorrer sobre a Saúde dos Trabalhadores, é abordar um tema que ainda *não* atingiu a adolescência, mas que precisa ser debatido em todos os aspectos que levem a uma maturidade saudável e duradoura.

A Saúde do Trabalhador e o Serviço Social possuem traços comuns, destacando-se os da sua amplitude e penetração em todas as esferas das necessidades humanas: material, bio-psíquica, psicossocial, sócio-política, educacional e cultural.

Considerando-se a saúde como fator fundamental na vida do homem, uma necessidade social, e levando-se em conta que, na experiência prática proporcionada pelo estágio, realizado no setor de Serviço Social da EPAGRI (Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina), no período de 04 de fevereiro a 04 de outubro de 2002, a maioria dos atendimentos e encaminhamentos envolviam questões relacionadas à saúde, resolveu-se contribuir para a ampliação de literatura sobre o tema. Dessa forma, identificou-se a

importância de realizar um Trabalho de Conclusão de Curso, para apresentar uma contribuição do Serviço Social da EPAGRI no âmbito da Saúde do Trabalhador.

A EPAGRI é uma empresa de economia mista, vinculada à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Rural e da Agricultura, que presta serviços à comunidade catarinense, através de uma Administração Estadual, localizada em Florianópolis, 14 Gerências Regionais¹, 5 Gerências Estaduais e 243² Escritórios Municipais, localizados no Estado de Santa Catarina.

A operacionalização das atividades voltadas à Saúde do Trabalhador da EPAGRI acontece através de um trabalho conjunto desenvolvido pelo Serviço Social e a CASACARESC (Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da Associação de Crédito e Assistência Rural de Santa Catarina).

Para alcançar o objetivo proposto e pelo fato de não haver assistentes sociais em todas as regionais da empresa, realizou-se uma pesquisa junto aos 15 representantes regionais da CASACARESC (14 das Regionais e 1 da Sede Administrativa), pois esses, além de suas atribuições burocráticas, realizam encaminhamentos relativos às questões de saúde, sendo possível dizer que são os “representantes” da proposta para a saúde, implementada pela empresa, tendo condições de analisar os avanços, limitações e apresentar sugestões relativas à Saúde do Trabalhador.

Para a elaboração desta monografia, foi realizada uma pesquisa exploratória junto aos representantes da CASACARESC, com utilização do questionário. Na construção do

¹ As regionais da empresa localizam-se em : Caçador, Campos Novos, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Joinville, Lages, Rio do Sul, São Miguel do Oeste, Tubarão e Videira

² Segundo informações do Engº Agrônomo, Sr. Voltaire Mesquita Cezar, a EPAGRI terminou o ano de 2002 com 293 escritórios municipais.

referencial teórico, que serviu de base para a análise dos dados, realizou-se pesquisa bibliográfica e documental.

O presente trabalho monográfico está estruturado em três capítulos: o primeiro apresenta uma explanação sobre a Organização do Sistema de Saúde no Brasil – do Início do Século XX aos dias atuais e a Trajetória Histórica da Saúde do Trabalhador.

O segundo capítulo aborda a Importância do Trabalho na Vida do Homem e a Questão da Saúde, a Qualidade de Vida no Trabalho e os Recursos Humanos no Brasil, que em conjunto com o referencial teórico do primeiro capítulo, subsidiaram a análise dos dados realizada no terceiro capítulo.

No terceiro capítulo, primeiramente, apresentam-se as empresas antecessoras da EPAGRI, esta na atualidade, bem como a contribuição do Serviço Social da EPAGRI no âmbito da Saúde do Trabalhador. Faz-se uma breve apresentação da CASACARESC, expõe-se a metodologia da pesquisa e procede-se a análise dos dados, utilizando-se o referencial teórico apresentado nos capítulos 1 e 2.

Para finalizar, são realizadas algumas considerações sobre o trabalho desenvolvido, procurando-se apresentar algumas propostas que, espera-se, possam contribuir para as ações relacionadas à Saúde do Trabalhador. Na sequência, apresentam-se as referências bibliográficas e os anexos.

Esta monografia traz uma importante contribuição para a ampliação da produção de literatura sobre Saúde do Trabalhador escrita pelo Serviço Social, para os acadêmicos e profissionais de áreas diversas que se dedicam ao tema, bem como para a EPAGRI, na medida em que sistematiza importantes informações sobre a saúde de seus trabalhadores, o que lhe

permite avançar em uma área em permanente construção, que deve estar inserida no compromisso de viabilizar um desenvolvimento sustentável.

Lembra-se que o tema “Saúde do Trabalhador” *não* foi esgotado em sua essência, portanto, ainda há muito a ser pesquisado, discutido, estudado e analisado. Por conseguinte, este trabalho se constitui em mais um passo rumo ao amplo conhecimento do tema “Saúde dos Trabalhadores”.

CAPÍTULO 1

A SAÚDE DO TRABALHADOR

As relações entre saúde e trabalho são percebidas e estudadas há muito tempo. porém, a preocupação com a saúde do trabalhador aumenta após o início da industrialização e vem se constituindo em motivo de estudos e pesquisas em várias áreas da ciência. Neste capítulo, apresenta-se, num primeiro momento, a trajetória histórica da política de saúde no Brasil e, na sequência, evoca-se o caminho percorrido pela política de Saúde do Trabalhador, com o objetivo de introduzir a temática e possibilitar uma melhor compreensão sobre o objeto de estudo da presente monografia.

1.1 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL – DO INÍCIO DO SÉCULO XX AOS DIAS ATUAIS

O sistema de saúde, no Brasil, foi marcado por constantes alterações que acompanharam as transformações e mudanças econômicas, sócio culturais e políticas. Andrade, Soares e Júnior (2001, p.27), ao analisarem sua trajetória identificam quatro principais tendências na Política de Saúde no Brasil. São elas:

1 – início do século XX até 1945 – sanitarianismo camponês, cujas campanhas sanitárias se constituíam em principal estratégia de atuação;

2 -1945 a 1960 – considerado como de transição para o período seguinte;

3 – até o início dos anos 80, consolida-se o modelo médico assistencial privatista;

4 – segue-se o modelo plural, hoje vigente, como sistema público, o SUS (Sistema Único de Saúde).

No período da Primeira República, que vai do **início do século XX até 1920**, predominou o modelo econômico agroexportador, baseado na agricultura, com o café como principal produto. Era fundamental que houvesse um saneamento dos espaços de circulação do café, principalmente dos portos, e controle das doenças que prejudicassem a exportação, tais como, cólera, peste e varíola. Foi adotado o modelo das campanhas sanitárias para combater as endemias urbanas, e, posteriormente, as rurais.

Nesse período, as ações de saúde na área da assistência individual eram privadas; a assistência hospitalar pública assumia o caráter de assistência social, abrigando e isolando os portadores de psicoses, hanseníase e tuberculose, e a assistência aos indigentes¹ era praticada por entidades de caridade, geralmente as Santas Casas de Misericórdia. Os serviços de saúde pública eram dirigidos pelo governo central.

Essa “ideologia campanhista” sobreviveu no âmbito da burocracia sanitária por mais de setenta anos e durante décadas foi o traço central da formação de planejadores e gestores dos serviços públicos de saúde, tendo como principal expressão a FSESP (Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública) e a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública). (NORONHA; LEVCOVITZ, 1995, p.74)

No período de 1920 a 1945, a política de saúde apresenta como principal característica o sanitarismo campanhista e ocorre a continuidade das iniciativas tomadas no período anterior. Surge a assistência previdenciária, no país, com a Lei Eloy Chaves, em 24 de janeiro de 1923, que cria uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP's) para os empregados das empresas da estrada de ferro. Essas caixas são financiadas pela União, empresas e empregados. É a primeira vez que o Estado interfere para criar um mecanismo destinado a garantir ao trabalhador algum tipo de assistência.

¹ Eram considerados indigentes aqueles que não podiam custear a assistência médica.

Em 1926, foi criado o Instituto de Previdência dos funcionários civis da União, e “a partir de então, o regime de Caixas de Aposentadorias e Pensões estendeu-se às categorias mais organizadas e importantes política e economicamente”. (SILVA, 1995, p.34) Foi uma fase de expansão do direito trabalhista e previdenciário e de expansão das Caixas de Aposentadorias e Pensões.

Os anos 20 foram marcados por grande insatisfação da classe média devido a sua não participação no aparelho governamental e o aumento da crise econômica, levando os setores mais organizados a pressionarem os patrões e o Estado. Vários segmentos sociais se organizaram para contestar o modelo econômico e político vigente, comandado e controlado pelas oligarquias agrárias.

Nesse período, ocorreu a mudança no sistema de produção do modelo agroexportador para o industrial voltado para o mercado interno. Temos o início do processo de industrialização, levando a uma maior concentração urbana e consequente agravamento da questão social devido à falta de infra-estrutura nas cidades, precárias condições de saúde, ausência de saneamento básico, entre vários outros problemas. A alteração da natureza das atividades laborais levou ao surgimento de um trabalhador mais exposto a riscos e acidentes, entretanto, cada vez mais crítico e consciente de seus direitos, fazendo com que a questão da proteção social emergisse fortemente no debate nacional. (SILVA, 1995, p.35)

A partir de 1930, profundas mudanças ocorreram, no Brasil, com a quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque, em 1929, a prolongada crise do café, que levou à desvalorização do produto no mercado internacional e a Revolução de 1930, que colocou Getúlio Vargas no poder. Esses fatos fizeram com que o pólo dinâmico da economia se deslocasse para os centros urbanos e empreendimentos industriais na região centro-sul do país, fazendo surgir, na estrutura da sociedade brasileira, “um novo contingente formado por trabalhadores

assalariados, principalmente nos setores de transporte e na indústria". (ANDRADE; SOARES; JÚNIOR, 2002, p.29-30)

Inicia-se, em 1930, a chamada "Era Vargas", do Presidente Getúlio Vargas, que, num primeiro momento, governou de 1930 a 1945 e, posteriormente, através de eleições diretas, foi reconduzido ao poder, no período de 1950 a 1954. A sociedade estava sob o domínio da ditadura daquele Presidente, com um Estado fortemente interventor e centralizador, sendo possível observar "...*centralismo, verticalismo, autoritarismo corporativista*, do lado da saúde pública; *clientelismo, populismo e paternalismo*, do lado das instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica" (NORONHA; LEVCOVITZ, 1995, p.75)

Em 1930, o quadro epidêmico do país era muito grave, tomavam-se medidas de saúde apenas imediatistas, sendo necessário tomar alguma providência para que essa situação não compromettesse os objetivos econômicos do país. Foi criado, então, o Ministério da Educação e Saúde, que passou a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo.

Em 13 de janeiro de 1937, a Lei nº 378 instituiu as **Conferências Nacionais de Saúde** com o objetivo de facilitar ao governo federal o conhecimento das atividades relativas à saúde, devendo ser realizadas a cada dois anos. **A I Conferência Nacional de Saúde** foi realizada em 1941, no governo de Getúlio Vargas (1930-1945 e 1951-1954), e a **II Conferência Nacional de Saúde** realizou-se em 1950, no governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951). Ambas trataram de firmar um campo institucional próprio ao sanitário, então vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. (BARROS; FREITAS, 1988, p.20)

A primeira etapa da Era Vargas foi marcada por intensa produção legislativa com muitas inovações nas relações trabalhistas e no campo das políticas sociais. Em 1930, através do Decreto nº 19.433 (de 26/11), foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que tinha como uma de suas principais atribuições orientar e supervisionar a Previdência, e

impulsionou a criação dos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que se espalharam pelo país entre 1933 e 1938, períodos de profundas alterações nas legislações sindical e trabalhista. Os IAP's eram financiados pelas contribuições dos trabalhadores, das empresas e do Estado, e desde a sua criação, tiveram seus recursos aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do país. (SILVA, 1995, p.37)

No período de **1945 a 1966**, mantém-se a prática das campanhas na assistência preventiva à saúde, criam-se vários serviços de combate às endemias, e as doenças de massa resultantes ou agravadas pelas condições de vida e de trabalho passam a ter significativa importância.

O aumento do desemprego e o agravamento das condições sociais, no Brasil, no pós-guerra levaram os técnicos da previdência a iniciarem a formulação de um modelo alternativo de seguridade social. O acelerado processo de urbanização, ocasionado pela industrialização do país e o crescente número de trabalhadores assalariados, a partir do final dos anos 50, fez com que a assistência médica previdenciária passasse a consumir recursos cada vez mais significativos.

Esse modelo, denominado por vários autores como médico-assistencial privatista, vigorou dos anos 1960 até meados dos anos 1980, apresentando como principais características "...o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, e a criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-hospitalar privado, orientado para a geração do lucro". (ANDRADE, SOARES: JÚNIOR, 2001, p.31)

Noronha e Levcovitz (1995,p.75) denominam esse período de **desenvolvimentista** caracterizado por uma tendência descentralizante no relacionamento da União com os Estados e Municípios, favorecendo uma rápida expansão da medicina previdenciária.

No final desse período, aumenta o debate sobre o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, levando à realização da **III Conferência Nacional de Saúde**, em 1963, no Governo de João Goulart (1961-1964). Os temas abordados nessa Conferência foram a situação sanitária, a Política Nacional de Saúde e a proposta de radical municipalização da assistência no Brasil. Porém, esse debate foi interrompido pelo Golpe Militar de 31 de março de 1964, que instaurou a ditadura militar, a qual perdurou durante os 20 anos seguintes.

O período da ditadura militar foi marcado por atos institucionais e decretos presidenciais, que alteraram a Constituição no que diz respeito a direitos de cidadania, informação, organização social e política. Foi um período caracterizado pela completa reversão da tendência descentralizante do período anterior, predominando a lógica da centralização dos serviços públicos. Todas as ações eram direcionadas para a extinção da autonomia dos governos estaduais e municipais nas áreas da saúde, transporte, habitação e outros. A crescente centralidade política a nível federal se fez presente nas políticas sociais a cargo do Estado brasileiro, entre elas a de atenção à saúde. (NORONHA; LEVCOVITZ, 1975, p.76)

O Governo da ditadura foi marcado por muita tortura, repressão, violência, cerceamento da liberdade, verificando-se constante violação dos direitos humanos. O governo tenta, através da expansão das políticas sociais, compensar o fim da democracia, do empobrecimento da população, e conter o avanço das lutas populares, fazendo importantes alterações na Previdência Social. Em 1964, foi instituída uma Comissão Interministerial para propor a reformulação do sistema previdenciário.

Em 1966, foi realizada, no Governo Castelo Branco (1964-1967), a **IV Conferência Nacional de Saúde**, que tratou setorialmente dos “recursos humanos”. Nesse mesmo ano, através do Decreto n° 72 (de 21/11/66) foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência

Social), com o objetivo de racionalizar gastos e centralizar o regime previdenciário. O INPS concentrou numa estrutura única todos os institutos relacionados com a Previdência Social, passando a constituir a 2ª maior receita da União, contratando serviços de terceiros e contribuindo para a expansão dos serviços prestados pelas **empresas privadas**. O uso da previdência continuava restrito àqueles que contribuía. (SILVA, 1975, p.38)

Na década de 70, a assistência à saúde ligada à Previdência teve como principal característica a ampliação da cobertura. Em 1971, passa a incluir os trabalhadores rurais, em 1972, as empregadas domésticas e, em 1973, os trabalhadores autônomos. A ampliação da seguridade e da assistência médica a novas categorias, a corrupção e vários outros fatores contribuíram para uma crise econômica na Previdência.

Na primeira fase do regime militar, até 1974, houve uma grande reorientação na administração estatal e o governo federal implantou reformas institucionais que afetaram profundamente os modelos de saúde pública e medicina previdenciária originados nos períodos anteriores. O padrão de saúde baseava-se no modelo de cuidados médicos individuais, levando a um crescimento avassalador da quantidade de atos médicos, “com conseqüente construção (financiada pelo setor público) de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados”. (NORONHA; LEVCOVITZ, 1995, p.76) Esse modelo de assistência médica é impulsionado com recursos públicos de financiamento de investimentos físicos provenientes do FAS/CEF (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social/Caixa Econômica Federal)

A partir do governo Geisel (governou no período de 1974/1979), as políticas públicas de saúde adquiriram características, que influenciaram as transformações ocorridas na década de 80, entre elas a tendência universalizante do atendimento médico-hospitalar. O referido

Governo teve como marcos fundamentais o II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento) e a criação do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social).

Na segunda metade da década de 70, aumentou a discussão sobre reformas nas políticas de saúde e cresceu o movimento conhecido como Reforma Sanitária. Em 1974/75, foi expedido e regulamentado o PPA (Plano de Pronta Ação), que consistia no atendimento geral a toda a população em caso de emergência, principalmente na área da saúde. Esse plano normatizou a expansão de cobertura dos serviços assistenciais, acarretando um aumento sem precedentes na produção de serviços. Em 1977, foi implantado o SINPAS² (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), que passou a funcionar como autarquia autônoma a partir de 1978. Ao longo dos anos seguintes, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), criado em 1978, consolida uma extensa rede de representações administrativas em todos os estados e atinge mais de 600 municípios.

A Lei Federal Nº 6.229, de 1975, definiu os campos de atuação do Ministério da Saúde, responsável pela execução de medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive a Vigilância Sanitária; e do Ministério da Previdência e Assistência Social, cuja atuação ficou voltada ao atendimento médico-assistencial individualizado, reforçando a dicotomia nas áreas preventiva e curativa do sistema de saúde brasileiro.

No período de 05 a 08 de agosto de 1975, no governo de Ernesto Geisel (1974-1979), foi realizada a **V Conferência Nacional de Saúde**,³ constituída por cinco temas oficiais: o Sistema Nacional de Saúde, o Programa de Saúde Materno-Infantil, o Sistema de Vigilância Epidemiológica, o Controle das Grandes Endemias e a Extensão das Ações de Saúde às

² O SINPAS era o órgão que atendia a questão da Saúde do Trabalhador, e será melhor abordado no próximo item.

³ No período de 1974 a 1986 ocorreram quatro Conferências Nacionais de Saúde, nas quais a questão da Saúde do Trabalhador começa a aparecer.

Populações Rurais. Barros e Freitas (1988, p.21) colocam que, em análise dos Anais dessa Conferência, observa-se que não são feitas referências à Saúde do Trabalhador.

Ainda no governo Geisel, foi realizada a **VI Conferência Nacional de Saúde**, no período de 01 a 05 de agosto de 1977, cujos temas foram a situação dos controles das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde. Apesar da questão da Saúde do Trabalhador não estar presente nos temas, foi possível observar referências à mesma no discurso de abertura do orador, Dr. Paulo de Almeida Machado, bem como nos Anais da Conferência, dentro das Áreas Programáticas de Atuação do Sistema Nacional de Saúde, no item Meio Ambiente, no sub item Saúde Ocupacional, em que encontramos: "O Ministério da Saúde, conjuntamente com o Ministério do Trabalho, emitirá Diretrizes e Normas relativas às condições ambientais do trabalho. (BARROS; FREITAS, 1988, p.23)

Nesse período, teve grande importância a produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores, que adotaram uma postura radical de crítica ao centralismo autoritário do regime militar, propondo a descentralização, a universalização e unificação como componentes essenciais de uma reforma democrática do setor saúde.

Em outubro de 1979, foi realizado o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, evento que cumpriu o papel político fundamental de fórum pioneiro para um debate amplo e profundo sobre a transformação na área de saúde. Nesse evento, foi apresentado um documento elaborado pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), intitulado "A Questão Democrática na Área da Saúde", apresentando como diretrizes fundamentais:

- o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem sua saúde:...

- (medidas que) criem de um Sistema Único de Saúde e atribuam ao Estado a responsabilidade total pela administração deste sistema;...
- (medidas que) organizem este sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país, em seus níveis federal, estadual e municipal. (CEBES, 1980 apud NORONHA E LEVCOVITZ, 1995, p.81)

O início dos anos 80 foi marcado pela intensificação dos movimentos de crítica às características do sistema de saúde brasileiro e pela crise da Previdência Social, decorrente de políticas econômicas recessivas adotadas pelo governo autoritário, que tinha a expansão das políticas sociais como estratégia de recomposição de sua base política.

Em 1980, o Ministério da Saúde convocou e organizou a **VII Conferência Nacional de Saúde**, instalada em 24 de março de 1980, pelo então Presidente da República João Baptista Figueiredo (1979-1985). O tema único e central dessa Conferência consistiu na Extensão das Ações de Saúde, através dos Serviços Básicos, e permitiu ampliar o debate sobre a descentralização assistencial e organizacional do modelo de atenção à saúde, constituindo-se num marco do chamado discurso democrático social do Estado brasileiro. Nessa oportunidade, o Governo Federal anunciou o PREV-SAÚDE (Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde). Segundo análise do relatório, não trouxe nenhum enfoque à Saúde do Trabalhador.

Em 1981, os setores governamentais da área econômica e da Previdência Social decretaram a falência do sistema de saúde, intensificando o debate público na imprensa e no Congresso Nacional, sobre a necessidade urgente de mudanças, aumentando a contestação ao modelo vigente, por parte dos técnicos, acadêmicos e da opinião pública.

O Governo Federal busca alternativas para a crise financeira, apresentando propostas de mudanças que eram debatidas no Congresso Nacional, sendo amplamente rejeitadas, instaurando-se uma nova fase no novo processo político do país. A única medida que obteve consenso foi a de criação do CONASP (Conselho Nacional de Administração da Saúde

Previdenciária), subordinado ao Presidente da República, na tentativa de moralização do sistema em função das reclamações de corrupção e precariedade no atendimento.

A partir do CONASP, foram implantadas as AIS (Ações Integradas de Saúde), “visando alcançar níveis de articulação institucional, que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes”. (NORONHA; LEVICOVITZ, 1995, p.84)

As AIS foram incorporadas pelo MPAS/INAMPS, muito mais no âmbito do discurso do que da prática, e até final de 1985 (final do governo Figueiredo), pouco mais de 130 municípios tinham assinado termos de adesão às AIS. Para melhor compreendermos a resistência em relação às AIS, citamos Noronha e Levcovitz (1995, p.84)

As AIS contavam com enormes resistências dos prestadores privados de serviços públicos médico-hospitalares e de suas articulações de poder existentes no seio do aparelho institucional da previdência social, representadas por expressivos segmentos da burocracia previdenciária, além da oposição expressa da ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo – e da AMB – Associação Médica Brasileira.

No período de 17 a 21 de março de 1986, governo de José Sarney (1985-1990), foi realizada, em Brasília, a **VIII Conferência Nacional de Saúde**, evento marcante para o avanço da questão da Saúde do Trabalhador, que teve como temas Saúde como Direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde, financiamento do setor, introduzindo definitivamente essa temática no âmbito da saúde. Desse encontro, surgiu a idéia de promover, através de um grupo de técnicos da área, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi abordada a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania. Essa Conferência contou com a participação de mais de quatro mil pessoas e, segundo Barros e Freitas (1988, p.27),

Em relação às outras Conferências, pode-se notar uma significativa alteração do discurso. A fala inclui não somente a Saúde do Trabalhador, mas o faz considerando-a como de competência dos Órgãos Governamentais e como decorrente também do próprio conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo. Com isso, deixa, a nível de discurso, a Saúde de ser um processo onde o trabalhador se encontra

alienado e distante, passando a ser também responsável pela sua Saúde e do Ambiente de Trabalho.

É importante ressaltar que nesse mesmo ano de 1986, foi realizado o I Encontro de Assistentes Sociais do Trabalho, nos dias 30/31 de outubro e 01 de novembro de 1986, com o tema: "O Serviço Social e as Relações Sociais na Realidade da Empresa". As autoras anteriormente citadas destacam que, em análise ao relatório elaborado, observou-se que o mesmo não faz referência à questão da Saúde do Trabalhador, nem mesmo à questões como doenças ocupacionais e CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes)

O período de "transição democrática", representada pela eleição (indireta) de Tancredo/Sarney, com a convocação e posterior desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, representou um revigoramento das discussões sobre a reorganização e a democratização do Estado Brasileiro.

A partir da Nova República, a estratégia das AIS ganharam expressão nacional, tendo como objetivo a universalização do acesso aos serviços de saúde, integralidade das ações e unificação dos serviços. As AIS deram grande impulso político aos níveis subnacionais de governo e, segundo Noronha e Levcovitz (1985, p.87), "transformaram-se em eixo fundamental de política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática a partir de 1985, constituindo-se em importante estratégia de descentralização da saúde".

Com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS, o Presidente da República, em 20 de julho de 1987, através do Decreto 94.657, cria o SUDS (Sistema Único e Descentralizado da Saúde), antepondo uma série de inovações descentralizantes, que viriam a ser consolidadas na Constituição Federal de 1988 e, desenhando uma divisão de competências entre os níveis federal, estadual e municipal na

gestão do SUDS (NORONHA E LEVCOVITZ, 1985, p. 87), o qual assume as seguintes diretrizes:

...universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimentos de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos. (NORONHA; LEVCOVITZ, 1985, p.88)

A fase inicial de implementação do SUDS caracterizou-se pela ausência de normatização plena a nível federal, o que fez com que o desenho do sistema nos Estados variasse de acordo com as condições políticas dos governos estaduais. Em 1988, o SUDS adquire materialidade jurídico-formal através do convênio padrão SUDS 01/88. (NORONHA; LEVCOVITZ, 1985, p.87)

O primeiro passo da descentralização foi a transferência da gestão das unidades assistenciais do INAMPS para o Estado. O poder e as atividades técnico-administrativas centrais das Superintendências Regionais do INAMPS são transferidas às SES (Secretarias Estaduais de Saúde), e as atribuições das Superintendências Regionais restringiram-se à fiscalização dos recursos financeiros transferidos pelo INAMPS.

O segundo momento do SUDS (1988-1989) caracterizou-se por grandes dificuldades nas Secretarias Estaduais e Municipais, que enfrentaram oposições dentro do INAMPS, da Câmara Federal e do Tribunal de Contas da União. Houve redução e atraso no repasse dos recursos destinados ao setor público. Porém, apesar dos obstáculos, o SUDS sobreviveu até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, principalmente por determinação do CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde).

Ainda na década de 80, houve um movimento importante, a Reforma Sanitária, que propiciou um maior debate acerca da saúde brasileira e que, segundo Neto (1994, p. 15), “é a

proposta de democratização da saúde”. Concorde-se com o autor, quando este diz que a saúde não é conseguida apenas com assistência médica, mas, principalmente, pelo acesso ao emprego, à remuneração justa, educação, boas condições de habitação e saneamento, transporte adequado, boa alimentação, cultura e lazer, além de um sistema de saúde digno, de qualidade e eficiente.

Diante disso, é possível observar que, no Brasil, a saúde está comprometida, pois o acesso ao emprego está cada vez mais difícil; o salário da maioria dos trabalhadores não é suficiente para prover o sustento seu e de sua família.

A Reforma Sanitária teve como princípio básico a idéia de que a “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Esse princípio faz parte da atual Constituição Brasileira, que universalizou o acesso à saúde.

A década de 90 foi marcada por alterações significativas no sistema de saúde, e a aprovação, em 1988, da nova e atual Constituição Federal teve “repercussões importantes e delineadoras no processo de construção de uma nova política para o setor de saúde”. (ANDRADE; SOARES; JÚNIOR, 2001, p.37)

A Constituição Federal de 1988⁴ trouxe grandes avanços para a saúde, incorporando mudanças no papel do Estado, alterando profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema político de saúde, criando novas relações entre diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao SUS (Sistema Único de Saúde). (ANDRADE; SOARES; JÚNIOR, 2001, p.40) A criação do SUS foi proposta pela Reforma Sanitária, para reorientar o sistema de saúde brasileiro.

⁴ A Constituição Federal de 1988 é apontada por Grott e Neto (2002) como o divisor de águas no tocante à tutela da saúde dos trabalhadores.

Conforme Neto (1994, p.12) o SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado contratado e conveniado. São princípios do SUS:

- o sistema deve atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de ser ou não contribuinte da Previdência e sem cobrar nada pelo atendimento;
- deve atuar de maneira integral, isto é, deve ver a pessoa como um todo que faz parte de uma sociedade;
- deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações;
- deve ser racional, ou seja, deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para as suas populações de acordo com o que elas precisam, de maneira que as decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde no nível local;
- deve ser eficaz e eficiente, isto é, deve produzir resultados positivos, quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade;
- deve ser democrático, assegurando o direito à participação de todos os segmentos envolvidos no sistema (dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde, os usuários dos serviços de saúde, a comunidade, a população) no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação e no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde.

Para a efetiva implantação do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional (todas as leis que estão abaixo da Constituição), denominada de “Leis Orgânicas da Saúde” (Leis nº 8.080 e 8.142), que detalhou princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema. “Estas leis foram objeto de

muita disputa política e só foram concluídas em dezembro de 1990". (ANDRADE; SOARES; JÚNIOR, 2001, p.41)

A partir da **Constituição Federal de 1988**, a saúde foi incorporada no âmbito da Seguridade Social, que representa o conjunto das ações de Saúde, Previdência e Assistência, sendo definida no Título VIII, Capítulo II, Seção II, art. 196, da seguinte maneira

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2001, p.118)

A Constituição Federal de 1988 estabelece de forma explícita o direito à saúde e correspondente responsabilidade do Estado, tal como versam no Título VIII, Capítulo II, Seção II, artigos 197 e 198

Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos direitos assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 2001, p.118)

O artigo 196 da Constituição deixa claro que todos os cidadãos brasileiros têm acesso gratuito à saúde, independentemente de contribuição. Antes da Constituição Federal de 1988, o direito à assistência médica era reservado a quem tinha carteira assinada e pagava a Previdência. Apesar da saúde ser um direito humano e de cidadania ao qual as pessoas devem ter acesso pelo simples fato de existirem e serem cidadãos, no caso do Brasil, verifica-se a existência de muitas dificuldades para esse acesso. A precariedade do sistema de saúde

brasileiro fica evidente através da longa espera nas filas, a falta de equipamentos e medicamentos, número insuficiente de profissionais, equipamentos sucateados, instalações físicas precárias e vários outros problemas observáveis no cotidiano. Destaca-se, também, a necessidade de implementar novas ações de promoção à saúde, considerando-a uma finalidade do desenvolvimento econômico e social do país.

A partir de 1989, houve uma ruptura no processo de maturação da reforma sanitária brasileira, ocasionada pelos fatos políticos do final da década, num contexto de grave e crescente crise fiscal, institucional e política do governo. Então, durante todo o ano de 1989, não se registrou nenhuma iniciativa para consolidação da Seguridade Social em termos de legislação complementar ou ordinária no Congresso Nacional.

Somente no final de 1990, foram aprovadas as leis que regulamentam e aprofundam o modelo concreto de desenvolvimento do SUS, porém não mais sob o impacto das concepções da CF/88, mas sob forte influência da política social do governo de Fernando Collor de Mello (governou de 1990 a 1992).

Entretanto, somente após o “impeachment” de Collor e a posse do Presidente Itamar Franco (governou de 1992 a 1994), é que alguns passos mais concretos foram dados, especialmente com a publicação pelo Ministério da Saúde da Norma Operacional Básica nº01/91 que estabeleceu normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, no sentido de realizar de forma gradual a descentralização para Estados e Municípios, até tornarem-se autônomos na condução e gestão do SUS no seu âmbito.

De acordo com Neto (1994, p.14), nessa mesma época, foi dado um passo importante no processo de reestruturação do nível federal do SUS, com a extinção do INAMPS, que

“continuava como um órgão quase autônomo, ainda agindo de forma clientelista, autoritária e centralizadora. Foi a “queda” do principal foco de resistência à implementação do SUS”.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, destacam-se iniciativas institucionais que garantem melhores condições para a viabilização do direito à saúde, principalmente o Decreto nº 99.438-90, as Normas Operacionais Básicas (NOB 1991, 1993, 1996) e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990).

A Lei nº 8.080/90 regulamenta o SUS e “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (CRESS, 2001, p.176)

A Lei nº 8.142/90 estabelece os critérios para os repasse dos recursos financeiros do nível federal para os estados e municípios, restabelecendo a validade da concepção essencialmente municipal para a conformação do SUS.

Para finalizar, cita-se Noronha e Levcovitz (1995, p. 108), que assim sintetizam o que vem acontecendo com o SUS e com o sonho da universalidade do direito a saúde.

Os anos 90 percorrem uma trajetória de agravamento da crise econômica e fiscal do país. Nas situações de crise, mais uma vez, perdem os grupos com menor integração nos setores mais formalizados da economia. O sonho reformista de uma saúde para todos, como direito do cidadão e dever do Estado, é aceleradamente sepultado neste meio de década. O “Sistema Único de Saúde”, que nunca chegou a se consolidar, reduziu-se a um sistema subfinanciado pelo setor público destinado às parcelas majoritárias da população brasileira, mas com baixa capacidade de vocalização política. Aos “integrados”, ainda em fase produtiva e em gozo de boa saúde, sujeitos apenas às intercorrências agudas da idade adulta jovem e da meia-idade, **creceu a oferta da chamada “medicina alternativa”, de natureza privada e privadamente contratada por empregados e empregadores.** (grifo nosso)

Esta citação nos remete aos anos 90, final do século passado. Estamos no século XXI, a universalização da saúde continua sendo um sonho e a medicina de natureza privada cresce cada vez mais. Espera-se que seja possível alcançar esse sonho da universalidade de acesso a

um sistema público de saúde eficaz, qualificado e com um quadro funcional suficiente para atender a demanda.

Na sequência, apresenta-se a trajetória histórica da saúde do trabalhador.

1.2 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

As inter-relações de trabalho e saúde são conhecidas desde a antiguidade, porém, naquela época não havia interesse sobre o assunto, pois os trabalhos mais pesados e de maior periculosidade eram realizados por escravos provenientes de nações subjugadas. (A PROBLEMÁTICA..., 2002, p.1). Um século antes da Era Cristã, surgem as primeiras preocupações ligadas ao trabalho, a partir das observações de Lucrécio. Conforme lembram Grott e Neto (2002, p.28), na Grécia antiga, a ênfase à higiene estava ligada à aristocracia, revelando a falta de atenção à saúde dos trabalhadores.

No século XVI, época em que a importância das nações era proporcional à quantidade de metais preciosos extraídos, passou-se a observar os problemas de saúde provocados pela atividade extrativa mineral, destacando-se duas obras que tratam da questão. No século XVI, ano 1556, Giorg Bauer publicou o livro intitulado “De Re Metallica”, onde discutiu os acidentes de trabalho e as doenças mais comuns entre os mineiros, destacando a chamada “asma dos mineiros”, consequência das poeiras corrosivas. Em 1567, Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim⁵ escreveu uma monografia, fazendo a relação entre doença e atividade profissional, destacando a intoxicação pelo mercúrio. De acordo com a literatura

⁵ O autor nasceu e viveu durante muitos anos em um centro mineiro de Boêmia.

consultada, esses trabalhos pioneiros foram praticamente ignorados ao longo de mais de um século, não exercendo influência na proteção à saúde do trabalhador.

Atribui-se ao médico Bernardino Ramazzini os primeiros estudos sobre a relação entre trabalho e saúde e este, em 1633, estabeleceu alguns dos princípios básicos da Medicina Social, como, por exemplo, a necessidade do estudo da ligação entre as condições de vida de uma dada população e o estado de saúde desta. (A PROBLEMÁTICA..., 2002, p.1) Em 1700, foi publicado, na cidade de Módena, na Itália, o livro de Ramazzini, com o título “De Morbis Artificum Diatriba”. Essa obra foi apontada como marco de maior importância, relacionado com a saúde dos trabalhadores, e o seu conteúdo é direcionado ao estudo e aplicação prática de conhecimentos das condições mórbidas da profissão e rendeu-lhe o título de “Pai da Medicina do Trabalho”. Em 1713, na ampliação dessa obra, Ramazzini⁶ discutiu e relacionou as doenças conseqüentes de atividades laborais, as medidas preventivas e tratamento de vários grupos de trabalho, abrangendo mais de 60 profissões. Essa obra lançou base para novas investigações fundamentais para a medicina preventiva até o século XIX, quando a Revolução Industrial gerou novos problemas.

A Revolução Industrial ocorreu na Europa, na primeira metade do século XVIII, levando a grandes mudanças no modo de produção, que passa da manufatura para a maquinofatura e depois para a máquina, afetando, em muitos aspectos, a saúde e a vida dos trabalhadores. A partir de então, houve uma intensificação dos problemas relacionados com a saúde em função das precárias condições de vida nas cidades e de trabalho (ambiente inadequado, jornadas muito longas, salários baixos e regras próprias de cada empregador,

⁶ Grott e Neto (2002) dizem que outros relatos de Ramazzini deixam claro que há alguns séculos já eram diagnosticadas doenças aparentemente modernas como estresses, neuroses e lesões por esforços repetitivos.

falta de regulamentação das atividades, entre outros), fatores que foram decisivos para o surgimento de epidemias generalizadas, mortes e acidentes em massa.

Nesse momento, as doenças dos trabalhadores cresciam em proporção direta aos meios de produção e todos os tipos de acidentes graves, mutilantes e fatais atingiam os trabalhadores, incluindo crianças e mulheres. As máquinas que foram introduzidas nas fábricas eram operadas por trabalhadores sem nenhum treinamento anterior, não havendo preocupação do empregador em relação à proteção dos mesmos. O grande objetivo era a produção e, quanto ao empregado, Grott e Neto (2002, p. 29) dizem

Contando com a sorte ou com o instinto de sobrevivência, cabia ao próprio trabalhador zelar pela sua defesa diante do ambiente de trabalho agressivo e perigoso, porque as engrenagens aceleradas e expostas das engenhocas de então estavam acima da saúde ou da vida desprezível do operário. Segundo as concepções da época (*o laissez-faire*) os acidentes, as lesões e as enfermidades eram subprodutos da atividade empresarial e as prevenção era incumbência do próprio trabalhador.

Observa-se que a finalidade da introdução da máquina a vapor foi o de potencializar a produção e não o de reduzir os esforços físicos ou facilitar a vida do trabalhador.

Diante desse contexto, surgiram doenças diversas entre os trabalhadores e a sociedade não ficou indiferente a essa situação, o que levou o Parlamento Britânico a constituir uma comissão de inquérito, que conseguiu, em 1802, a aprovação da primeira lei de proteção aos trabalhadores, a “Lei da Saúde e Moral dos Aprendizes”. Essa lei estabelecia doze horas de trabalho por dia, proibia o trabalho noturno, tornava obrigatória a ventilação da fábrica e obrigava o empregador a lavar as paredes das fábricas duas vezes por ano.

Várias outras leis complementares se sucederam, porém as precárias condições de trabalho permaneceram, o que fica claro numa parte do relatório elaborado por uma comissão parlamentar britânica de inquérito sob a chefia de Michael Saddler (1831)

Diante desta comissão desfilou longa procissão de trabalhadores – homens e mulheres, meninos e meninas. Abobalhados, doentes, deformados, degradados na sua qualidade humana cada um deles era clara evidência de uma vida arruinada, um

quadro vivo de crueldade do homem para com o homem. uma impiedosa condenação daqueles legisladores que, quando em suas mãos detinham poder imenso, abandonaram os fracos. (CORRÊA, 1993, p.14)

Esse relato das consequências advindas das condições às quais estavam expostos os trabalhadores sensibilizou a opinião pública. Nessa época, a taxa de mortalidade superava a de natalidade, colocando em risco a reprodução da força de trabalho. Instaurou-se um quadro dramático e insuportável de exploração e desconsideração do proprietário dos meios de produção em relação à pessoa do trabalhador, facilitado “pela hipotética igualdade jurídica entre ambos (sob inspiração da Revolução Francesa, imperava a idéia do liberalismo)”. (GROTT; NETTO, 2002, p.30). Diante dessa situação, ocorreu um intenso movimento social dos operários que levou a uma intervenção estatal no sentido de estabelecer normas mínimas sobre condições de trabalho “que modificassem o cenário criado pela industrialização, priorizando a atenção médica e os riscos relacionados ao trabalho”. (A PROBLEMÁTICA..., 2002, p.2) Em 1833, foi baixado o *Factory Act*, que se aplicava a todas as indústrias têxteis com o objetivo de melhorar o ambiente fabril.

O aumento das estatísticas de indivíduos portadores de doenças profissionais criou a necessidade de realização de um fórum para a troca de experiências e harmonização de conceitos e critérios para uma medicina do trabalho, o que fez surgir a idéia de criar eventos internacionais relacionados à patologia do trabalho. (A PROBLEMÁTICA..., 2002, p.2) O resultado foi a realização do I Congresso Internacional de Doenças no Trabalho, na cidade de Milão, em 1906, evento que levou à criação de uma Comissão Permanente Internacional de Saúde Ocupacional, tendo como principal tarefa a realização de um congresso internacional a cada três anos. O II Congresso Internacional realizou-se em Bruxelas, em 1910, havendo destacado em sua agenda a questão da equiparação de acidentes de trabalho e doenças profissionais para fins legais. Na ocasião, alguns participantes foram designados pela

Comissão Permanente Internacional de Saúde Ocupacional para elaborar uma tabela das doenças profissionais.

Diante da eclosão e o desenvolvimento da 1ª Guerra Mundial (1914-1918), essas providências foram postergadas, e o tema da lista de doenças profissionais reapareceu com o Tratado de Versalhes que, em 1919, instituiu a OIT (Organização Internacional do Trabalho)⁷. Em 1925, a OIT elaborou a primeira lista, contendo três doenças: saturnismo, hidrargirismo e carbúnculo⁸. De acordo com Grott e Neto (2002, p.30), a OIT foi instituída “com o propósito de uniformizar o trato das questões trabalhistas, assegurando a paz mundial, a superação das condições subumanas de trabalho e o desenvolvimento econômico” e, na sua primeira reunião, foram adotadas seis convenções orientadas à **proteção à saúde** e integridade física dos trabalhadores (limitação da jornada de trabalho, proteção à maternidade, trabalho noturno das mulheres, idade mínima para admissão de crianças e o trabalho noturno de menores). Outras medidas também foram tomadas em favor dos trabalhadores, tais como, o direito de associação (também reservado aos empregadores), pagamento de salário digno, jornada de 8 horas diárias ou semanal de 48 horas, com 24 horas de descanso, preferentemente aos domingos, supressão do trabalho das crianças, para os jovens, a garantia além do trabalho, do desenvolvimento educacional e físico, e retribuição de igual salário para igual trabalho, sem distinção de sexo. (MARTINS, 1995, p.37)

⁷ Apresenta-se algumas manifestações legislativas de proteção ao trabalhador que antecederam criação da OIT. Na Inglaterra temos, em 1842, proibição do trabalho das mulheres e menores em subsolo; 1844, limite do trabalho das mulheres a 10 horas diárias; 1850, limite da jornada geral de trabalho dos homens em 12 horas. Na Alemanha, em 1869, uma lei de inspeção trabalhista dispondo a obrigatoriedade do empregador fornecer e manter todos os aparelhos necessários ao trabalho, tendo em vista a natureza do mesmo, além de proteger os trabalhadores contra riscos de vida e de saúde. (GROTT E NETO, 2002, p.31)

⁸ Carbúnculo – infecção necrosante da pele e tecido subcutâneo que produz lesão com secreção purulenta

Hidrargirismo – intoxicação provocada pelo mercúrio

Saturnismo – envenenamento agudo ou crônico produzido pelo chumbo ou por algum de seus compostos.

Grott e Neto (2002, p.30) lembram que, no século XVIII, em terras de língua alemã, originou-se a idéia da saúde do povo, como responsabilidade estatal implementada por políticas médicas governamentais. Faz-se necessário destacar, também, a contribuição da Encíclica do Papa Leão XIII, *Rerum Novarum*, importante documento da política social, que no dia 15 de maio de 1891, alertou todas as nações no sentido da justiça social, colocando como dever da autoridade pública proteger os trabalhadores contra condições perversas de trabalho e sem respeito aos limites da natureza humana, que atentassem contra a saúde dos trabalhadores, violentando a sua dignidade humana. Essa Encíclica foi o primeiro documento histórico que visava melhorar as condições sociais e econômicas dos trabalhadores.

As primeiras leis de acidentes de trabalho começaram a surgir na Alemanha, em 1844, estendendo-se, nos anos seguintes, a vários países da Europa, e **chegaram ao Brasil por intermédio do Decreto Legislativo nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919**, “implantando-se, com o tempo, serviços de medicina ocupacional, com a fiscalização das condições de trabalho nas fábricas” (GROTT; NETO, 2002, p.30)

No início da vida republicana e na primeira quadra do século XX, como já abordado no item anterior, a posição do Brasil na divisão internacional do trabalho é tipicamente de economia agroexportadora baseada no café. Surge o primeiro ciclo da industrialização no país, particularmente na região sudeste, despertando a preocupação com a patologia do trabalho. O movimento social volta-se para as condições e ambientes de trabalho, chamando a atenção para o impacto dessa “revolução industrial” sobre a saúde e a vida dos trabalhadores.

Diante desse contexto, sob influência das imigrações e como reflexos dos movimentos sindicais europeus, as lideranças ideológicas conseguem mobilizar a classe operária na grande questão social. Em consequência, seguem-se as greves de 1907, 1912, 1917 a 1920, que expuseram as más condições de trabalho, jornadas prolongadas, responsabilizando-as por

doenças, acidentes e mortes prematuras, o que levou o setor privado a começar a pagar seguros de acidente de trabalho.

Em 1934, foram nomeados os primeiros inspetores médicos do trabalho, cuja função consistia em realizar a inspeção médica dos locais de trabalho e estudar as doenças e acidentes profissionais. Nesse período, intensificaram-se, no país, as preocupações com a patologia do trabalho, atreladas ao “Modelo Francês” de Inspeção Médica e às Normas Internacionais do Trabalho seguidas pela OIT. Ainda nesse ano, foram agregados à Constituição Brasileira, que antes abrigava apenas direitos civis e políticos, os direitos inspirados na Encíclica *Rerum Novarum*, anteriormente citada.

No período de 1939 a 1945, houve a 2ª Guerra Mundial e, após o término do conflito bélico, surgiu um intenso esforço industrial, expondo os trabalhadores a condições de trabalho extremamente adversas e extenuantes. Nessa época, muitas mortes foram causadas por acidentes ou doenças do trabalho, e esse custo começou a ser sentido pelos empregadores, preocupados com a mão de obra produtiva e pelas companhias de seguro prejudicadas pelo pagamento de altas indenizações, gerando significativas perdas financeiras. No pós-Guerra, diante de tanta destruição e absurdo número de mortes, a humanidade passou a buscar a paz, a reconstrução, estabelecendo-se no mundo uma nova ordem, demonstrando que toda a sociedade estava preocupada com a preservação, o progresso social e melhores condições de vida para as gerações futuras, o que fica bem explicitado no preâmbulo da Carta da Nações Unidas (vide anexo A), assinada no dia 26 de julho de 1945, na cidade de São Francisco, nos Estados Unidos”. (GROTT; NETO, 2002, p.31)

A partir de então, houve uma acelerada evolução da tecnologia industrial, surgindo a organização de uma nova divisão internacional do trabalho, fazendo com que a medicina do trabalho se tornasse incapaz de intervir nos problemas de saúde causados pelos processos de

produção, “levando a uma insatisfação dos trabalhadores e questionamento dos empregadores onerados pelos custos dos agravos à saúde.” (A PROBLEMÁTICA..., 2002, p.4) Essa situação levou ao desenvolvimento da **saúde ocupacional**, principalmente dentro das **grandes empresas**, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, com o objetivo de criar métodos de intervenção nas causas e não só nos efeitos das doenças e acidentes.

A idéia da melhoria de condições de vida e de trabalho amplia-se com a criação da **OMS (Organização Mundial de Saúde)**, em **1948**, que estabeleceu o conceito de que “**saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades**” e que “**o gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia, política ou condição econômica e social**”. (GROTT; NETO, 2002, p.31)

No decorrer do tempo, foram ocorrendo várias transformações a nível internacional no sentido de humanização do trabalho. Em 1949, foi lançado, na Inglaterra, um novo ramo de pesquisa, a ergonomia, com o objetivo principal de usar um método de organização do trabalho no qual fosse destacada a necessidade de adaptação do meio ambiente laboral ao homem. Em 1952, foi fundada a CECA (Comunidade Européia do Carvão e do Aço), considerada o primeiro acordo internacional a integrar a segurança do trabalho no seu texto base e, “desde então, a Comunidade tem estimulado e financiado centenas de projetos de investigação quanto à higiene, à **saúde** e à segurança”. (GROTT; NETTO, 2002, p.31)

No **Brasil**, essa influência internacional fez-se sentir **no início da década de 70**⁹, quando o país era detentor do título de campeão mundial de acidentes de trabalho. O final desta década foi um período vivido intensamente pelo movimento sindical, e a articulação de

⁹ No ano de 1970 foram registrados 1.220.111 acidentes. (Dado retirado de AMARANTE, Paulo Duarte C. **Trabalho e Doença dos Trabalhadores.**)

vários setores sindicais levou à criação, em 1978, em São Paulo, da CISAT (Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho), que adotou a bandeira de luta “Saúde não se troca por dinheiro”, durante a realização da I e II Semanas de Saúde do Trabalhador. Em agosto de 1980, essa Comissão se transformou em DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho), que presta assessoria técnica na área de Saúde do Trabalhador.

Para dar continuidade a essa retrospectiva histórica, cabe, neste momento, mencionar a criação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), que era o órgão por excelência que “deveria” atender a problemática da Saúde do Trabalhador e seus dependentes, sendo mantido principalmente pelos trabalhadores urbanos através de arrecadação específica descontada em folha. (BARROS; FREITAS, 1988, p.13)

Segundo as autoras anteriormente citadas, o sistema foi instituído em 01 de setembro de 1977, quando houve um reconhecimento formal da crise da Previdência, tendo como objetivo uma reorganização e racionalização capazes de enfrentar principalmente os aspectos críticos originados pela expansão considerável dos gastos com Assistência Médica e que tendiam a colocar em xeque o sistema econômico-financeiro do INPS.

O SINPAS era constituído pelo IAPAS, INPS, INAMPS e as seguintes entidades: LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor), DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social) e a CEME (Central de Medicamentos).

Barros e Freitas (1988) colocam que, em relação à Saúde do Trabalhador, era de competência do INPS:

- Assistência reeducativa de readaptação profissional (aos servidores públicos – Lei nº 1711/52);
- Acidentes de Trabalho – Programas de Amparo Financeiro a idosos e inválidos, abrangendo as prestações em dinheiro (Lei nº 6179/74);
- Auxílio-doença;
- Serviço de reeducação e reabilitação profissional devido a acidentes de trabalho – Lei nº 6367 de 19 de outubro de 1976.

Além desses benefícios, havia, também, os benefícios acidentários (aposentadoria por invalidez, pensão por morte, auxílio-doença, auxílio-acidente e pecúlio) e serviços acidentários (assistência médica, recomposição estética, reabilitação profissional, reparação odontológica, órtese e prótese). (BARROS; FREITAS, 1988, p. 15)

Marcantes, também, foram a **VIII Conferência Nacional de Saúde** realizada em Brasília, em março de 1986; a VIII Semana de Saúde do Trabalho, promovida pelo DIESAT, em São Paulo, em 1987, e o documento “Programa de Acción em la Salud de los Trabajadores”, lançado em 1983 pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde). Destaca-se a Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata, realizada em 1978, na República do Casaquistão, promovida pela OMS e pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). A Declaração dessa Conferência diz que **“...a saúde é um direito humano fundamental, em relação ao qual conseguir o mais alto nível possível deve ser a meta social mais importante, requerendo a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, não só o da saúde”**. (GROTT; NETTO, 2002, p.32)

Dois anos após a VIII Conferência, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, sendo apontada por Grott e Neto (2002, p.33) “como o divisor de águas no tocante à tutela do

trabalhador...constituindo-se como marco principal da introdução da etapa da saúde do trabalhador no ordenamento jurídico nacional”. De acordo com esses autores, foi a partir da Constituição Federal de 1988, que ficou garantida a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.

A Constituição Brasileira de 1988 traz um conceito ampliado de saúde, no Título VIII, Capítulo II, Seção II, da seguinte maneira

art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2001, p.118)

Várias são as leis que versam sobre a Saúde do Trabalhador, pois a relação entre a saúde e o trabalho é uma questão que se coloca desde a antiguidade e que, ao longo do tempo, tem levado diversos atores a buscar com olhares diferenciados “a identificação de patologias e agravos diversos a que estão submetidos milhares de trabalhadores nos mais diferentes tipos de processo de trabalho” (MOTA, 1998, p.203)

A Constituição Federal de 1988 tem artigos de interesse mais próximo para a Saúde dos Trabalhadores, os quais são citados a seguir

► Título II, Capítulo II, art. 7º - “São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visam a melhoria de sua condição social”

XXII – “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”.

XXVIII – “seguro contra acidentes do trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa.

► Título VIII, Capítulo II, Seção II, art 200 – “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

II – Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

Posterior à Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saúde constitui-se como um direito fundamental do ser humano, atribuindo-se ao Estado o dever de prover condições indispensáveis ao seu exercício, colocando como co-responsáveis desse processo as pessoas, a família, **as empresas** e a sociedade. Neste momento, é pertinente citarmos dessa lei o

Art 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, **o trabalho**, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (CRESS, 2001, p.177)

Essa mesma lei (vide anexo B), no Título II, Capítulo II, parágrafo 3º, entende por saúde do trabalhador “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos das condições de trabalho” (CRESS, 200, p.179) Portanto, a saúde é fruto de condições básicas de vida e trabalho.

As relações entre saúde e trabalho encontram-se nas esferas do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que várias leis versam sobre o assunto.

No âmbito da Legislação do Ministério do Trabalho e Emprego, existem as Normas Regulamentadoras, que se referem à segurança e medicina do trabalho, e que têm observância obrigatória por todos os órgãos que possuam empregados regidos pela CLT (Consolidação da Leis Trabalhistas).

A CLT, vigente desde novembro de 1943, disciplina as questões de segurança e saúde no trabalho (Título II, Capítulo V) e trata da ergonomia nos arts. 198 e 199, sob o título genérico “Da Prevenção da fadiga”. Atualmente, as normas ergonômicas, assim como todo capítulo de segurança e saúde no trabalho, da CLT, estão

regulamentados na Portaria nº 3.214/78 do Ministério do Trabalho. (NIERO, 2000, p.54)

Após a promulgação da Constituição Federal Brasileira, temos, em 1990, a Lei 8.080 e 8.142 e as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego. No caso de Santa Catarina (vide anexo C), em 01 de maio de 1993, através da Portaria SES/DIAA, nº001/93, foi criado o Programa de Saúde do Trabalhador, e em Florianópolis (vide anexo D), em 1996, o Decreto nº 1097/96 regulamenta o artigo 16, parágrafo 2º, da Lei Municipal nº4.565/94 e cria, no município, o Sistema de Vigilância e Fiscalização à Saúde dos Trabalhadores.

Além da legislação anteriormente citada, ressaltamos a importância da Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96), que define como um de seus grandes campos de atenção “o das intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, **incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho**”; a NOST(Norma Operacional de Saúde do Trabalhador), aprovada em 30 de outubro de 1988, através da portaria MS nº 3908, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, aprovada pela portaria MS nº3.120, de 01 de julho de 1998 e, em 09 de novembro de 1993, a Portaria Interministerial MTb/MS/MPS instituiu o GEISAT (Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador), com o objetivo de promover ações integradoras, harmonizadoras, estabelecer normas, sistematização da descentralização da assistência médica, farmacêutica e odontológica ao acidentado do trabalho.

A preocupação com a Saúde do Trabalhador vem se ampliando nos mais diversos ramos da Ciência e foi possível observar através desta retrospectiva histórica, que é ampla a legislação sobre essa questão. Porém, ainda há muito a ser feito, a discussão continua e a assinatura de documentos também, conforme nos mostra um artigo disponível na internet,

segundo o qual, após 7 anos de intensa negociação, no dia 09 de maio de 2001, foi assinado documento sobre Saúde e Segurança no Trabalho no Mercosul. (SAÚDE, s.d., n.p.)

A Saúde do Trabalhador é um dos fatores de qualidade de vida e as empresas, preocupadas com o bem estar de seus empregados, passam a investir na promoção da saúde das mais variadas maneiras, pois a saúde é uma necessidade básica fundamental para a produtividade.

Dando continuidade à discussão da saúde do trabalhador, no próximo capítulo discute-se Trabalho, Qualidade de Vida e Saúde.

CAPÍTULO 2

TRABALHO, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Assim como a qualidade de vida e a saúde, o trabalho constitui-se num tema discutido há muito tempo em várias áreas da ciência. Neste capítulo, apresenta-se, num primeiro momento, o Trabalho, sua Importância na Vida do Homem e a Questão da Saúde. Na sequência, aborda-se Qualidade de Vida, Motivação e Necessidades Humanas e finaliza-se apresentando a Evolução Histórica dos Recursos Humanos no Brasil, haja vista a importância dos profissionais da área de recursos humanos nas organizações que se preocupam com o bem estar de seus trabalhadores.

2.1 O TRABALHO, SUA IMPORTÂNCIA NA VIDA DO HOMEM E A QUESTÃO DA SAÚDE

Para falar sobre a importância do trabalho na vida do homem, faz-se necessário saber quem é esse homem, qual a sua relação com a natureza, em que contexto ele está inserido. Afinal, quem é esse homem-trabalhador que tantas vezes foi citado até agora? Vamos conhecê-lo um pouco melhor.

Ao se lançar um olhar sobre a Terra, vê-se uma multiplicidade de espécies animais, que desenvolvem mecanismos de defesa ou de ataque para se adaptar ao ambiente onde vivem e vencer seus concorrentes. Contudo, um olhar mais atento à natureza que nos cerca nos faz perceber uma espécie diferenciada, destituída de equipamentos evidentes de ataque ou defesa, mas que, ao longo dos séculos de sua evolução, foi capaz “de dominar e submeter a sua

vontade o universo em que se insere.” (GONÇALVES, 1988, p.48) Esse animal é o HOMEM, dotado de características naturais como a racionalidade, a capacidade de pensar e de amar, além de outros sentimentos inerentes ao ser humano, como ódio, ciúme, entre outros.

A sua capacidade de pensar permitiu-lhe desenvolver equipamentos que completam suas habilidades e superam suas deficiências, e perceber que ele próprio não esgota suas possibilidades, levando-o a sentir-se atraído pelo que ultrapassa seus limites naturais e biológicos, ou seja, abrir-se para os outros, para o mundo.

Através da sua capacidade de amar, consegue sair de si mesmo “...e abrir-se para os outros, seja para estruturar a pequena comunidade familiar, seja para inserir-se na grande comunidade social que ajuda a criar.” (GONÇALVES, 1988, p.48). E a racionalidade é uma característica que o diferencia dos outros seres e faz com que seja reconhecido como pessoa.

Nenhum homem pode *não ser pessoa*, pois a personalidade é um atributo natural específico do ser humano. Tampouco pode o homem deixar de ser indivíduo, pois a individualidade é característica de todos os seres existentes, sub-rationais, irracionais ou racionais. (AMOROSO LIMA apud GONÇALVES, 1988, p.48)

O homem, enquanto indivíduo, tem exigências básicas a serem satisfeitas, tais como beber, comer, dormir, respirar, que são condições indispensáveis à manutenção de sua vida. E, enquanto pessoa, ele precisa desenvolver suas faculdades intelectuais e espirituais, e uma das maneiras de “que o homem dispõe para caminhar na via de seu desenvolvimento é o trabalho, que participa na construção de sua natureza total, como expressão de sua personalidade e sua individualidade. (GONÇALVES, 1988, p.50) Para o autor, o trabalho humano é um triplice esforço: biológico, intelectual e transcendente (superior, muito elevado)

O trabalho distingue o homem das outras criaturas, afirmando-o como ser social e criador, que age consciente e racionalmente. É através do trabalho que as necessidades humanas são satisfeitas e é o trabalho que opera mudanças, tanto na matéria ou no objeto a ser

transformado, quanto no sujeito, na subjetividade dos indivíduos, pois permite descobrir novas capacidades e qualidades humanas.

O trabalho é uma das características que distinguem o homem do resto das criaturas, e somente o homem o realiza preenchendo ao mesmo tempo com ele sua existência sobre a Terra. O trabalho comporta em si mesmo uma marca particular do homem e da humanidade, a marca de uma pessoa que opera numa comunidade de pessoas. (JOÃO PAULO II apud GONÇALVES, 1988, p.50)

Há uma variedade de conceitos e de concepções sobre o tema Trabalho e uma ampla literatura sobre o assunto, produzida por estudiosos das mais diversas áreas da ciência, porém, neste estudo monográfico, citam-se apenas alguns autores e obras de destaque sobre o tema, haja vista a amplitude do assunto. São eles: André Gorz, *Adeus ao Proletariado*; Claus Offe, *Capitalismo Desorganizado*; Ricardo Antunes, *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*; Christophe Dejours, *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*; Domenico de Masi, *O Futuro do Trabalho: Fadiga e Ócio na Sociedade Pós-Industrial*; Euler Conrado, *A Morte do "Trabalho"*; Karl Marx, *Maquinaria e Trabalho Vivo: os Efeitos da Mecanização sobre o Trabalhador*; Octávio Ianni, *A Era do Globalismo: Trabalho e Capital*; Friedrich Engels e Kenneth B. Oakley, *O Papel do Trabalho*, entre outros.

Trabalho...trabalho...trabalho. Afinal, de onde vem este termo? Como ocorreu sua evolução conceitual ao longo dos tempos? Como está o mundo do trabalho nos dias atuais?

O termo "trabalho" vem do latim *tripalium* ou "três paus", que era um instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes munidos de ponta de ferro, utilizado pelos antigos agricultores (até o século XV), para processar cereais, mas também era associado ao verbo do latim vulgar, que significava tortura, castigo. Durante muito tempo, o trabalho teve conotação de tortura e sacrifício.

Na Grécia, utilizavam-se duas palavras para designar “trabalho”: **ponos**, referindo-se a esforço e penalidade, e **ergon**, designando criação, obra de arte. Naquela sociedade, o trabalho era visto em função do produto, e este, por sua vez, em função da capacidade de satisfazer a necessidade humana. Segundo Kaufmann (2002, p.33), a atividade verdadeiramente valorizada entre os gregos era a atividade política à qual se dedicavam os homens livres da cidade. Fritsch e Rocha (2002, p.58) lembram que o ócio, a liberdade, a contemplação e a política eram os valores básicos da sociedade grega.

Na antiguidade, entendia-se o trabalho como atividade daqueles que haviam perdido a liberdade e o seu significado confundia-se com sofrimento, infelicidade. O trabalho tinha sempre a conotação de punição, de um fardo que o homem tinha que carregar. Segundo Menegasso (2000, p.16), a Bíblia apresentava o trabalho como uma necessidade resultante de uma maldição e que leva à fadiga “Comerás o pão com o suor de teu rosto” (Gn.3,19) Para a autora, a partir desse princípio, origina-se o sentido de obrigação, dever e responsabilidade, e a comparação entre trabalho e sofrimento representa, também, uma condição social.

Nessa época, havia uma distinção entre trabalho e labor, que, embora de etimologias diferentes, são palavras utilizadas atualmente para designar a mesma atividade. Menegasso (2000, p.16) explica essa diferença, dizendo que o labor “...é um processo de transformação da natureza para a satisfação das necessidades vitais do homem...” e o trabalho “...um processo de transformação da natureza, para responder àquilo que é um desejo do ser humano, emprestando-lhe certa permanência e durabilidade histórica”. Isso quer dizer que o labor é a atividade correspondente ao processo biológico do ser humano e o trabalho ao artificialismo (caráter do que é produzido pela arte ou pela indústria) da existência humana.

A partir do final da Idade Média, o trabalho passou a ser valorizado positivamente, sendo considerado um espaço de aplicação das capacidades humanas, uma ação autocriadora.

A noção do trabalho, como instrumento para aquisição de riquezas, transformou a idéia de servidão e sofrimento para uma visão do exercício da vontade autônoma do homem.

No século XVIII, com a ascensão da burguesia e as várias mudanças ocasionadas pela Revolução Industrial, tais como transformação da natureza, desenvolvimento das forças produtivas, evolução da técnica e da ciência, o trabalho passou a ser visto como mercadoria lucrativa, objeto de exploração por parte dos detentores dos meios de produção.

Krawulski (1991, p.55) considera a Revolução Industrial o fato histórico de maior expressão na incidência de modificações profundas no significado do trabalho, que passa a ser visto como cumprimento do dever e da vocação. O trabalho livre assalariado passou a ser trocado por salário em dinheiro. Essas profundas transformações culminaram com o trabalho na atualidade, desenvolvido de forma institucionalizada, mediante pagamento de salário voltado à produtividade e obtenção de lucros, manipulado pela economia de mercado. Houve uma transformação do trabalho em emprego e todas as atividades humanas transformaram-se em oportunidade para alguém ganhar dinheiro.

A partir do século XIX, o trabalho passou a ser a única forma de acesso aos meios capazes de garantir a satisfação das necessidades básicas dos homens, tornando-se uma atividade obrigatória para a grande maioria destes.

Atualmente, a vida do homem gira em torno do trabalho, que passou a ter um caráter de status, realização profissional, reconhecimento, identidade. O trabalho tornou-se o centro de tudo, algo imprescindível, impondo-se como uma questão de sobrevivência e de condição social.

Segundo Friedmann (1983, p.15) o trabalho possui diferentes aspectos: o aspecto técnico, que implica questões referentes ao lugar de trabalho e adaptação fisiológica e sociológica; o aspecto fisiológico, que se refere ao grau de adaptação homem-lugar de

trabalho-meio físico e o problema da fadiga; o aspecto moral, como atividade social humana, considerando especialmente as aptidões e a relação entre atividade de trabalho e personalidade; o aspecto social, que considera as questões específicas do ambiente de trabalho e os fatores externos (família, sindicato, partido político, classe social, e outros) e há de se considerar, sob tal perspectiva, a interdependência entre trabalho e papel social e as motivações subjacentes; e, finalmente, o aspecto econômico, ou seja, constitui-se em um fator de produção de riqueza.

Para Marx (1996 apud HOLANDA, 2002, p.6-7) “[...] o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza”. Ainda segundo Marx (1983 apud MENEGASSO, 2000, p.17) o trabalho é o centro das atividades especificamente humanas, revela o modo como o homem lida com a natureza e “é a categoria que funda o desenvolvimento do mundo dos homens como uma esfera distinta da natureza”. Fritsch e Rocha (2002, p.58) dizem que

... Marx dá ao trabalho um significado mais abrangente, definindo-o como operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura, homem em ação para sobreviver e realizar-se, criando instrumentos e, com esses todo um universo de vinculação com a natureza, realização de uma obra de reconhecimento social. Assim, o trabalho é processo de transformação e faz parte da essência do ser humano. O que os homens produzem é o que são. O homem é o que ele faz. Por meio do trabalho o homem transforma a si mesmo, porque nesta relação planeja, faz projetos, representa mentalmente os produtos que quer transformar.

O trabalho, além de ser o meio pelo qual o homem sustenta as bases materiais de sua vida, constitui-se como o principal instrumento de sua inserção no convívio social, que ocorre mediante o desenvolvimento concomitante de relações sociais. No mundo moderno, é difícil imaginar a vida da humanidade sem antes pensar sobre o mundo do trabalho, qualquer que seja o trabalho. “O trabalho não é apenas um modo de produzir bens, mas é, igualmente, um modo de reconhecimento mútuo. Nesse sentido, constitui-se num ingrediente essencial do cimento social”. (KAUFMANN, 2002, p.32)

Como se pode concluir, o trabalho assume grande importância para o desenvolvimento da pessoa humana, não há como viver sem ele e “é nele que o ser humano se projeta e se realiza” (OLIVEIRA, 2001, p.56)

Portanto, é no trabalho que o homem se afirma como ser criador que age consciente e racionalmente. O trabalho opera mudanças, tanto na matéria ou no objeto a ser transformado, quanto no sujeito, na subjetividade dos indivíduos, pois permite descobrir novas capacidades e qualidades humanas; é o elemento constitutivo do ser social e dispõe de uma centralidade na vida do homem.

No sistema social, hoje vigente, a grande maioria da população garante sua subsistência através da venda da sua própria força de trabalho e a saúde é fundamental para manter sua capacidade produtiva e, conseqüentemente, assegurar a satisfação de suas necessidades básicas.

A relação entre trabalho e saúde envolve vários fatores e o indivíduo não pode ser separado do contexto social, econômico e ambiental. A saúde é o resultado de todas as condições em que o ser humano vive e não um fenômeno isolado, sendo necessário ver o homem como um todo.

Segundo Picaluga (1982, p.37), para se estudar o processo saúde/enfermidade do trabalhador, precisamos considerar as condições gerais de vida, as relações de trabalho e o próprio processo de trabalho, que são três os condicionantes básicos desse processo.

O **primeiro** condicionante, ou seja, as condições gerais de vida, precisam ser compreendidas em duas dimensões distintas: as condições proporcionadas pelo padrão e volume dos bens de consumo coletivo¹ oferecidos pelo Estado e as condições que incidem

¹ A autora cita como bens de consumo coletivo o transporte, saneamento, urbanização, educação, atenção médica e medicamentos, *segurança social* (aposentadoria, seguros e outros)

sobre o consumo individualizado², o que é obtido pelo salário e pressupõe a inserção no mercado de trabalho. (PICALUGA, 1982, p.37)

No **segundo** condicionante, é preciso considerar o setor a que está ligado o trabalhador, ou seja, os setores primários, de transformação ou serviços, o tamanho e o caráter da empresa à qual o mesmo está vinculado, pois esses fatores exercem influência sobre a saúde dos trabalhadores. Temos ainda variáveis relativas às relações de trabalho, que influenciam na qualidade de vida e condições de saúde do trabalhador. Entre elas, podem ser citadas a jornada de trabalho, o tipo de contrato, a forma de pagamento, o horário, exigências de conhecimentos técnicos, plano de ascensão profissional, tempo de folga, local para refeições, condições ambientais, serviços médicos, benefícios oferecidos.

O **terceiro** e último condicionante, o próprio processo de trabalho, se dá através da correlação entre os dois primeiros condicionantes, ou seja, as condições gerais de vida e as condições de trabalho, que, em conjunto, ocasionam o desgaste da saúde. Porém, em regra geral, as alterações de saúde do trabalhador são percebidas apenas como decorrentes das condições específicas e imediatas do processo de trabalho. Faz-se necessário compreender o processo saúde/doença a partir da categoria ocupacional do trabalhador, compreendendo que ele integra uma fração social inserida numa determinada classe social.

Para Picaluga (1982, p.41), precisam ser também considerados como condicionantes do processo saúde/enfermidade do trabalhador o desgaste ocasionado pela distância entre a moradia e o local de trabalho, a utilização das horas vagas, tensão, insatisfação pelas condições de vida pessoal e profissional e a própria história de vida individual.

² Pode-se citar como bens de consumo individualizado a alimentação, habitação, vestuário, lazer e padrão de vida em geral

Vários fatores influem na saúde do homem, entre eles a satisfação no trabalho. Gonçalves (1998, p.52) ressalta que é preciso um sistema de pensamento novo, baseado principalmente na atenção pelas pessoas e não primordialmente pelos bens. Krawulski (1991, p.82) diz que "...o trabalho até pode continuar significando predominantemente um meio de obter lucros, mas será necessário ir além e obter, também, através dele, o bem-estar e a auto-realização". Para Fritsch e Rocha (2002, p.62), o trabalho é importante para o bem-estar e a saúde das pessoas.

Dessa maneira, cada vez mais se acentua a preocupação com a qualidade de vida no cotidiano das empresas, local onde os trabalhadores assalariados passam a maior parte do seu tempo, ao longo das 24 horas de cada dia.³ Para Gonçalves (1988, p.X), a empresa tem um importante compromisso com o desenvolvimento de propostas ou mecanismos que venham a contribuir para o desenvolvimento global da pessoa do trabalhador, condição de sua realização pessoal. Para tal, as empresas desenvolvem os programas de qualidade de vida, como iniciativas de satisfação no trabalho e conseqüente aumento de produtividade. Mas, o que é qualidade?

2.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, MOTIVAÇÃO E NECESSIDADES HUMANAS

O conceito de qualidade existe há milênios, entretanto, a influência das condições de trabalho na produção e na moral do trabalhador começaram a ser estudadas, de forma científica, nos séculos XVIII e XIX.

³ Moro (1997, p.60) diz que 1/3 da vida produtiva do homem é dedicado ao trabalho, e uma significativa parte dos outros 2/3 é relacionada de alguma maneira com o trabalho.

Segundo Búrigo (1997 apud CAMPOS, 1999, p.21) o desenvolvimento do conceito de qualidade pode ser analisado em quatro épocas:

- **época de inspeção**, que corresponde ao surgimento da produção seriada e da divisão especializada do trabalho, a partir do século XX, quando era definida como técnica de controle de produto e de produção;
- **época do controle estatístico da qualidade**, marco nos anos 30, o qual representou a produção propriamente dita e trouxe uma definição do controle de fabricação e criou técnicas de acompanhamento e avaliação da produção diária;
- **época da garantia da qualidade**, que, nos anos 50 e 60, passou a ser definida como “adequação ao uso”, sob a ótica do atendimento às expectativas dos clientes como filosofia;
- **época da gestão estratégica da qualidade**, anos 70 e 80, com a introdução de produtos japoneses nos Estados Unidos, com maior qualidade e menor preço, a relação qualidade-lucratividade se intensificou.

O conceito de qualidade modifica-se ao longo dos tempos, de acordo com as exigências de mercado e, a partir de uma observação empírica, conclui-se que a qualidade torna-se imperativa na vida da sociedade moderna. As pessoas buscam qualidade de vida e as empresas investem em qualidade de vida no trabalho. Mas, será que a preocupação com a qualidade de vida no trabalho é algo recente?

A qualidade de vida no trabalho teve sua origem e desenvolvimento a partir da teoria das relações humanas (1932), com os trabalhos de Elton Mayo e a teoria comportamental (1957), com os trabalhos de Maslow, Herzberg e Mc Gregor. Gonçalves (1988, p.59) lembra que, apesar dos trabalhos de Elton Mayo serem o marco histórico da qualidade de vida no

trabalho, alguns pioneiros podem ser lembrados, e são eles: Robert Owen, homem de empresa que, ainda em princípios do século XIX, se preocupou com as necessidades dos trabalhadores, e Andrew Ure, que, em 1835, publicou um livro intitulado “Filosofia da Indústria”, no qual apontava aos industriais da época o fator humano como merecedor de considerações especiais, por sua importância em relação ao processo produtivo.

Abraham Maslow foi o primeiro autor a falar sobre motivação e elaborou o modelo da hierarquia das necessidades, partindo do princípio de que o indivíduo, através de seu comportamento, procura atender a determinadas necessidades, e que estas se encontram hierarquizadas, e o indivíduo só busca a necessidade imediatamente acima se a de baixo já estiver satisfeita. Identifica-se, assim, uma pirâmide em que as necessidades encontram-se agrupadas em cinco conjuntos fundamentais e em ordem de prioridade, ou seja:

1 – **necessidades fisiológicas** → compreendem todo o conjunto de exigências básicas, que devem ser atendidas para que a vida humana seja preservada. Incluem-se alimentação, moradia, repouso, atividade sexual;

2 – **necessidades de segurança** → considera-se segurança, em todos os sentidos da expressão: segurança física, segurança de trabalho e segurança na família ligada à estabilidade matrimonial;

3 – **necessidades sociais** → as necessidades de associação, que permitem ao indivíduo identificar-se com um grupo social;

4 – **necessidades de estima** → ser aceito, respeitado, admirado, reconhecido;

5 – **necessidade de auto realização** → aquelas que contribuem para a felicidade do ser humano.

Maslow, Herzberg e Mc Gregor estudaram e investigaram a qualidade de vida no trabalho, enquanto um conjunto de teorias motivacionais ligadas ao desempenho, e se ocuparam de fatores ligados às necessidades humanas.

Compartilha-se da idéia de Tenório (1999, p.90) de que, na prática, todas as necessidades subsistem simultaneamente, e, em determinados momentos, o indivíduo tem necessidades mais prementes que outras. Para o autor, esse fato dificulta a implantação de sistemas de incentivos que garantam o atendimento de todas as necessidades individuais e se constitui num desafio a ser enfrentado por todas as organizações.

Frederick Herzberg⁴ elaborou a teoria da motivação na qual mostra que o ambiente externo e o de trabalho em si são fatores relevantes para a motivação humana, embora não suficientes, e tem como ponto de partida a análise de dois grupos de fatores que as organizações podem usar na tentativa de motivar seus empregados.

A motivação no trabalho é devida à correlação de **dois fatores**: motivacionais e higiênicos. Os **motivacionais** são aqueles que dão motivo para as pessoas se sentirem mais satisfeitas, como o trabalho em si, realização, reconhecimento, responsabilidade, progresso profissional. Os fatores **higiênicos** são os que mantêm a satisfação no trabalho, e embora não sejam determinantes, podem ser prejudiciais ou causadores de insatisfação. Nos fatores higiênicos, incluem-se as condições de trabalho, administração da empresa, salário, relações com o supervisor, benefícios e serviços sociais. São os fatores que realmente estimulariam maior entusiasmo, dedicação, cooperação e produtividade.

⁴ Não se teve acesso à data precisa de elaboração dessa teoria, mas Gonçalves (1988) cita o seguinte livro: HERZBERG, F.; MAUSNER, B. e SNYDERMAN, B. **Motivation versus Higiene**. In: The Motivation to Work, cap. 12. Nova York: J. Willey e Sons Inc., 1959.

Douglas Mc Gregor, contemporâneo de Herzberg, formulou a Teoria X e a Teoria Y⁵, formulou uma análise envolvendo aspectos vitais, que conforme relata Gonçalves (1988, p.61),

Começou por afirmar que nos decênios mais próximos o “lado humano da empresa” tornou-se a maior preocupação da administração; grande número de programas e práticas permitiu que a vida dos integrantes da empresa – trabalhadores, profissionais, executivos – melhorasse até um nível que dificilmente poderia se imaginado anteriormente. Foram reduzidas as necessidades econômicas, eliminadas as formas mais graves de hostilidade no seio da empresa, conseguindo-se um ambiente de trabalho mais saudável e seguro.

Nesse contexto, iniciaram-se os estudos sobre **um modelo que agrupasse indivíduo-trabalho-organização**, chamado de Qualidade de Vida no Trabalho. Esperava-se que, nas empresas, a motivação e a satisfação das pessoas pudessem caminhar juntas.

Na década de 60, consideravam-se como condições para a Qualidade de Vida no Trabalho a adequada e satisfatória recompensa, segurança e **saúde** no trabalho, desenvolvimento das capacidades humanas, crescimento e segurança profissional, integração social, direitos dos trabalhadores, espaço total de vida no trabalho e fora dele e relevância social. (FRITSCH; ROCHA, 2002, p.56)

Na década de 70, houve uma estagnação no desenvolvimento da Qualidade de Vida no Trabalho devido à influência dos fatores econômicos e da competição nos mercados internacionais. No final da década, houve uma retomada devido ao “fascínio ocorrido pelo modelo de administração do Japão, principalmente quando os grupos de CCQ (Círculo de Controle de Qualidade) entraram nas empresas norte-americanas. (FRITSCH; ROCHA, 2002, p.56)

A Qualidade de Vida no Trabalho, na década de 80, foi marcada pela idéia de uma maior participação do trabalhador nas decisões organizacionais, sendo que estas sentiram a

⁵ Na Teoria X, o trabalho como sofrimento e o homem como preguiçoso; na Teoria Y, o trabalho como satisfação e o homem como capaz. (Fritsch e Rocha, 2002, p.56)

necessidade de repensar suas condutas e buscar soluções participativas. (BÚRIGO, 1995 apud CAMPOS, 1999, p.24)

Na década de 90, os programas de Qualidade de Vida foram ampliados e ~~associados~~ aos programas de Qualidade Total e tornaram-se “foco de programas que estudam a ~~saúde~~ na organização, resgatando valores ambientais e humanísticos, negligenciados em ~~favor~~ do avanço tecnológico”. (FERNANDES, 1996; BÚRIGO, 1997 apud CAMPOS, 1999, p.24)

Os programas de Qualidade de Vida no Trabalho envolvem **saúde**, segurança e bem-estar das pessoas, mostrando-se como desafio para as organizações e constituindo-se num espaço de trabalho interdisciplinar para assistentes sociais, engenheiros, enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos de segurança, educadores físicos, nutricionistas, ergonomistas e outros profissionais de áreas afins. (FRITSCH; ROCHA, 2002, p.67)

Segundo a OMS, Qualidade de Vida no Trabalho “é a percepção do indivíduo ~~de sua~~ posição na vida, no contexto da cultura e sistemas e valores nos quais ele vive e ~~em relação~~ aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (FRITSCH; ROCHA, 2002, p.57)

A Qualidade de Vida no Trabalho tem relação direta com as possibilidades de no trabalho as pessoas serem compreendidas como sujeitos humanos, integrais e integradores, e sabe-se que a mesma pessoa abrange os aspectos do viver: a pessoa, o trabalho, a ~~família~~, o grupo social e o ambiente. Destacam-se como **fatores**⁶ que influenciam a Qualidade de Vida no Trabalho: **ambientais** (poluição, temperatura, ruído, iluminação), **sóciopolíticos**, **econômicos** e **culturais** (violência, custo de vida, vida social), **situacionais** (tecnologia, ambiente de trabalho, relações interpessoais, gestão de pessoas), **psicossociais** (~~necessidades~~, expectativas, valores, vida pessoal, motivação e satisfação). (FRITSCH; ROCHA, 2002, p.59)

⁶ A análise que será realizada nesta monografia será sobre a saúde do trabalhador que é um dos fatores envolvidos na Qualidade de Vida, e não a partir de todos os fatores apresentados.

Diante do exposto, percebe-se que a Qualidade de Vida no Trabalho está relacionada com a **saúde** integral do indivíduo, satisfação no trabalho, relações sociais, produtividade, atendimento das necessidades sociais, expectativas das pessoas e das organizações. Enfim, a Qualidade de Vida no Trabalho abrange os contextos dentro e fora do trabalho, que se entrelaçam e se influenciam mutuamente, e tem sido estudada por várias áreas da ciência.

Para finalizar, cita-se Eda Fernandes (1996, apud FRITSCH; ROCHA, 2002, p.59) que define Qualidade de Vida no Trabalho

como a gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, tecnológicos, e sócio-psicológicos, que afetam a cultura e o clima organizacional, refletindo-se no bem-estar do trabalhador e na produtividade das empresas. Constitui-se de todas as ações interdisciplinares desenvolvidas pela organização, **desencadeadas, principalmente pelos profissionais de recursos humanos**, de caráter preventivo, promocional e educativo, que visam a qualidade do ambiente do trabalho, o crescimento individual e coletivo das pessoas e da organização. (grifo nosso)

Refletindo acerca desta citação, fica clara a importância e a responsabilidade dos profissionais de Recursos Humanos na empresa e, para que se possa entender melhor como o mesmo tornou-se fundamental para o desenvolvimento organizacional, apresenta-se no próximo item, a Evolução Histórica dos Recursos Humanos no Brasil.

2.2 OS RECURSOS HUMANOS NO BRASIL

Vive-se atualmente em plena era da informatização, do progresso técnico, num contexto marcado pela economia globalizada, com transformações no mundo do trabalho e uma maior valorização das necessidades humanas nas empresas. O interesse pela motivação das pessoas “parece refletir um momento de transição em que, de uma situação centrada na valorização da estrutura, da tecnologia e do mercado, passou-se a considerar o homem como fator primordial” (GONÇALVES, 1988, p.58) e os Recursos Humanos transcendem a importância meramente burocrática.

Antes de serem resgatados os acontecimentos que influenciaram o processo evolutivo dos Recursos Humanos na Empresa, faz-se uma breve abordagem do que vem a ser uma Empresa, como ela se constitui, sua importância e compromissos.

A empresa é uma estrutura da sociedade moderna onde o trabalhador assalariado passa a maior parte do seu tempo diário. O homem busca, nessa estrutura, a remuneração pela atividade desenvolvida que lhe serve para prover o seu sustento e da sua família e, de outro lado, busca sua realização pessoal no trabalho produzido.

Segundo Gonçalves (1988, p.X) empresa

...é a fundamental agência de geração de riqueza, pela produção e comercialização de bens ou pela prestação de serviços, mas também porque representa o palco em que se concretiza a realização pessoal da grande parte dos integrantes das sociedades modernas...o palco em que se desenvolve a atividade laborativa do homem contemporâneo.

Partilha-se da idéia do autor anteriormente citado de que a empresa tem um importante compromisso de desenvolver mecanismos ou propostas, com o objetivo de contribuir para o equilíbrio global da pessoa do trabalhador, destacando-se a importância de iniciativas voltadas para a **saúde** dos integrantes da empresa. Conforme já foi dito, saúde é um bem-estar físico, psíquico e social e, aliada a outros fatores, tais como motivação, salário digno, segurança, ambiente de trabalho adequado, reconhecimento, crescimento profissional, influi positivamente no aumento da produtividade.

Os integrantes da empresa moderna têm responsabilidades diferentes e hierarquizadas, mas o trabalho deve oferecer-lhes os meios para cumprirem suas obrigações pessoais, familiares, morais e sociais. (GONÇALVES, 1988, p.53) Um desses meios é o salário e sabe-se que há muito tempo, a remuneração percebida pela grande maioria dos trabalhadores, que vendem sua força de trabalho, não é suficiente para prover seu sustento com dignidade,

tornando-se uma questão social muito séria e que clama por uma providência urgente, para que seja resgatada a cidadania de um grande contingente de pessoas.

Segundo o autor anteriormente citado, a empresa é uma entidade complexa marcada por uma tríplice realidade: realidade econômica, realidade humana e realidade social.

É uma **realidade econômica**, pois visa a produção ou prestação de serviços, os quais se tornam objeto de troca, fundamento da vida econômica. A empresa nasce de um ato que é fruto da atividade de homens, destinada a atender às expectativas de outros homens. A estrutura da empresa reúne homens e coisas (as quais são estéreis por natureza), sendo que estas últimas tornam-se fecundas e produtivas pela ação dos homens.

É uma **realidade humana**, pois consiste num complexo de atos humanos sem os quais nada acontece dentro da empresa. “Nem mesmo os espetaculares progressos da automação poderão modificar o fato de que nenhuma tarefa criadora se realiza na vida da empresa sem a vontade e a iniciativa do homem”.

A empresa é, também, uma **realidade social** investida de uma série de responsabilidades, entre as quais destacam-se a preservação do meio ambiente, a qualidade intrínseca de seus produtos e as conseqüências de sua utilização, o padrão dos serviços prestados e os efeitos diretos de suas atividades sobre o bem-estar da comunidade.

Gonçalves (1988, p.54) chama a atenção para o surgimento de uma NOVA EMPRESA, na qual a maximização dos lucros de caráter especulativo e o obscurecimento ou supressão da função social levará a empresa a deteriorar-se fatalmente no tempo. É preciso lembrar em todos os momentos que

As organizações têm sua origem nas pessoas, o trabalho é processado pelas pessoas e o produto de seu trabalho destina-se às pessoas. As máquinas, por mais sofisticadas que sejam, são ferramentas do homem no trabalho. Elas não pensam, não sonham, não planejam, não agregam valor, não fazem diferente. Independentemente do objetivo e da estrutura organizacional, quando se cria uma empresa, necessita-se de um componente essencial: pessoas. (GONÇALVES, 1988, p. 54)

As empresas precisam enfrentar o mundo competitivo em que vivemos, acompanhar as rápidas mudanças que vêm se processando na economia globalizada, adaptar-se às novas inovações tecnológicas, ter um diferencial que a torne reconhecida no mercado, enfim dotar-se de estratégias diversificadas e inovadoras, que sirvam de mola propulsora para seu desenvolvimento. Entretanto, precisa estar atenta aos seus empregados e familiares, suas necessidades, concedendo-lhes oportunidade de crescimento pessoal e profissional e de libertação do potencial interior de cada indivíduo. Dentro dessa nova visão empresarial, destaca-se a importante contribuição dos profissionais s Recursos Humanos que

Podem trazer para a própria produtividade da empresa, na medida em que permanecem sensíveis às expectativas e aos anseios dos trabalhadores e dos quadros intermediários da empresa. O atendimento dessas expectativas e desses anseios permitirá o aperfeiçoamento das relações empresa-empregado e, pelo aumento da motivação deste, um acréscimo na produtividade daquela". (GONÇALVES, 1998, p.54)

Os Recursos Humanos surgiram em decorrência do crescimento das organizações e da elevação do nível de complexidade do mercado e do trabalho e evoluíram de acordo com os fatos políticos, econômicos e sociais de cada época (GIRARDI, [2002?], p.3)

No período de **1900 a 1930**, a economia era essencialmente agrícola, com a grande maioria da população morando no campo, sendo denominada a "primeira onda". As empresas tinham estruturas pequenas, permitindo uma maior aproximação entre patrão e empregados. Foi um período marcado por intenso movimento trabalhista⁷, e as atividades de Recursos Humanos restringiam-se aos cálculos para o pagamento dos trabalhadores. Segundo Serson (apud GIRARDI, [2002?], p.3), a empresa pagava o trabalhador enquanto este lhe era útil e o dispensava de forma simples. Nessa época, a administração de Recursos Humanos apresentava caráter meramente contábil. A falta de treinamento deixava o trabalhador exposto a riscos de

⁷ Gil (1994 apud GIRARDI [2002?], p.3) destaca a ocorrência de 28 greves em São Paulo neste período, duas delas gerais: 1907 e 1917.

acidentes e doenças ocupacionais. A preocupação era com a produtividade e o trabalhador encontrava-se desprotegido física e legalmente. Influenciados pelos imigrantes europeus⁸, principalmente alemães, italianos e poloneses, que em sua maioria, instalaram-se em São Paulo e nos estados do sul do País, iniciou-se um intenso movimento trabalhista na luta pelos direitos de participação e de melhores condições de trabalho.

Esse movimento levou a uma interferência estatal na relação capital/trabalho e, conseqüentemente, trouxe alterações para os Recursos Humanos, que tiveram que se reestruturar devido às novas e inúmeras atribuições que lhes foram designadas a partir do impacto causado nas empresas pela legislação trabalhista do governo de Getúlio Vargas, que, em 1930, com um golpe, assumiu o poder.

O período de **1930 a 1950** caracterizou-se por intensa produção legislativa trabalhista⁹, elaborada de acordo com o momento econômico social no Brasil da época, baseando-se nas legislações trabalhistas de países desenvolvidos, que beneficiavam o trabalhador.. (GIRARDI, [2002?], p.4)

Surgiu na estrutura das empresas a Seção de Pessoal e a figura do Chefe de Pessoal, incumbido de interpretar as novas leis e orientar a relação dos empregados com o Estado, que detinha o poder dos sindicatos. Essa etapa marcou oficialmente o início da Administração de Recursos Humanos no Brasil, com o aparecimento do primeiro órgão de pessoal, embora extremamente burocrático, paternalista e punitivo.

⁸ Esses imigrantes tinham elevado nível cultural, grau de instrução e politização e trouxeram sua experiência no campo sindical. Esses fatores refletiram na mentalidade e na conduta do trabalhador brasileiro. (AQUINO apud GIRARDI, [2002?], p.3)

⁹ A referida legislação instituiu o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; o Departamento Nacional do Trabalho; a sindicalização; a concessão de férias; aposentadoria e pensões; carteira profissional; horário de trabalho na indústria e no comércio; as condições de trabalho da mulher e do menor; salário mínimo; final de semana remunerado; aviso prévio; horas extras, entre outros.

Entre 1950 e 1964, houve mudanças na situação trabalhista, tornando-a mais complexa, e logicamente provocou alterações nos Recursos Humanos. Nesse período, foram instituídos mais dois direitos trabalhistas: o 13º salário e o salário-família.

Juscelino Kubitschek, ao assumir o poder em 1956, planejou o parque industrial do Brasil, oferecendo incentivos à expansão da indústria, o que atraiu grupos do exterior com um capitalismo mais consolidado que o Brasil, maior tecnologia e complexidade organizacional. Nessa fase, desenvolveu-se a indústria automobilística, siderúrgica, petrolífera, química e farmacêutica, iniciando-se a “segunda onda”, caracterizada pela economia industrial. (GIRARDI, [2002?], p.5)

As exigências impostas pelas novas tecnologias fizeram com que os trabalhadores brasileiros se adaptassem rapidamente ao contexto, o que agravou mais ainda as questões de Administração de Pessoal. Os empresários brasileiros, baseados no modelo dos Estados Unidos, **criaram o Departamento de Relações Industriais e transformaram os antigos Chefes de Pessoal em Administradores de Pessoal. Entretanto, não houve alterações nas práticas de Administração de Recursos Humanos**, permanecendo a rotina burocrática na gestão das relações trabalhistas e, somente mais tarde, surgiu a preocupação com a formação profissional e competência técnica do profissional de Recursos Humanos.

Na **década de 60**, ocorreram novos movimentos reivindicatório da classe trabalhadora, houve o agrupamento dos sindicatos e surgiu a CGT (Central Geral dos Trabalhadores). Esses movimentos populares cessaram com a Revolução Militar de 1964, quando o então presidente, João Goulart, foi deposto, e Castelo Branco assumiu o poder, instaurando-se a ditadura militar que durou vinte anos.

No início dessa fase, não houve nenhuma alteração na unidade de Recursos Humanos, e o responsável pelos seus processos fugiu de qualquer postura a favor do trabalhador para não

desafiar a ordem vigente. “Desconhecia ainda, que a relação harmônica entre o capital e o trabalho é uma das tônicas da produtividade”. (GIRARDI, [2002?], p.6)

O “milagre brasileiro”, caracterizado por notável surto de crescimento econômico no país, no período de **1968 a 1973**, a modernização, o crescimento das empresas e a elevação da competitividade entre as mesmas fez com que fosse atribuído valor cada vez maior à planificação, à tecnologia e aos profissionais especializados, principalmente de um verdadeiro profissional de Recursos Humanos. Os empregados e empregadores adquiriram uma nova concepção do valor do trabalho e da importância do entendimento entre ambos, para que houvesse benefícios mútuos. As empresas reconheceram a função social do trabalho, buscaram obter a lealdade e a máxima eficiência dos seus empregados e os órgãos de Recursos Humanos passaram a dar maior atenção para o treinamento e o desenvolvimento de pessoal, benefícios e planos de cargos e salários. Iniciou-se a transição da Administração de Pessoal para a Administração de Recursos Humanos e criou-se, nas empresas, o Departamento de Recursos Humanos, que em número significativo já se situavam em nível de diretoria. (GIRARDI, [2002?], p.7)

A partir de 1978, as relações de trabalho, no Brasil, tornaram-se tensas e o lento e gradual processo de abertura política no país, iniciado em 1974 pelo presidente Ernesto Geisel, estimulou a classe trabalhadora a reivindicar melhores condições de trabalho e maiores salários, fazendo ressurgirem movimentos grevistas em todos os estados industrializados. O movimento teve início em São Paulo (região mais industrializada e detentora de maior concentração de renda do país) e a bandeira de luta pela reposição salarial foi levantada pela classe dos metalúrgicos (a classe melhor remunerada da indústria). Esses dois fatos mostravam que o trabalhador brasileiro buscava maior valorização, reconhecimento e atenção dos empresários quanto ao ambiente de trabalho. “O clima organizacional “ansioso” da época era

incapaz de gerar funcionários motivados e produtivos.” (GIRARDI, [2002?], p.8) O autor destaca dois pontos importantes no ano de 1978: a ampla reformulação da Administração de Recursos Humanos e o reconhecimento da reivindicações por parte do Governo e dos empresários.

No final da década de 70, o governo transferiu gradativamente para as empresas a responsabilidade pelas relações entre o capital e o trabalho e as negociações entre o empregado e o empregador passaram a ser diretas, exigindo um profissional de Recursos Humanos apto para assessorar os empresários na interpretação e busca de soluções adequadas para o contexto que se apresentava. Aos poucos, os empregados passaram a ser vistos como recursos diferenciais no processo de desenvolvimento das organizações e do país.

O empresariado brasileiro finalmente começou a absorver a noção de que os resultados empresariais são obtidos mediante o respeito aos valores humanos e às necessidades de sobrevivência e desenvolvimento dos seus empregados. (GIRARDI, [2002?], p.9)

Na década de 90, Fernando Collor de Melo foi levado à presidência do país através de eleições diretas. Ele assumiu o governo com propostas de modernidade, porém adotou medidas econômicas completamente ineficazes que provocaram queda salarial, aumento do desemprego, espantoso número de falências e concordatas das empresas. Com o passar do tempo, a corrupção do governo tornou-se tão evidente, que levou o povo brasileiro a pedir o impeachment de Collor, que, em 1992, foi afastado pelo Congresso Nacional.

As empresas, que não fecharam as portas em meio às turbulências que assolavam o país, precisaram adotar novas estratégias para que pudessem sobreviver ou se adaptar à crise, que permaneceu durante todo o decorrer dos anos 90. Girardi ([2002?], p. 10) mostra como aspecto positivo dessa crise econômica que fez com que os empresários refletissem sobre seu papel “...num País cuja situação permanece, ainda hoje, extremamente delicada, e a certeza de

que somente suas atitudes “pensadas”, poderão reerguer o Brasil, pois o Estado não pode mais socorrê-los como no passado”.

Após o impeachment de Collor, Itamar Franco assumiu a presidência. Nas eleições diretas de 1994, foi eleito o presidente Fernando Henrique Cardoso, posteriormente reeleito em 1998, permanecendo até final de 2002, quando assumirá Luis Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores. A eleição de Lula foi um marco significativo na história do país, que, pela primeira vez terá um presidente que vivenciou as mesmas dificuldades enfrentadas pela grande maioria da população brasileira, e que liderou movimentos de lutas trabalhistas, significativos, que impuseram mudanças nas empresas e, conseqüentemente, na área de Recursos Humanos.

Na atual economia globalizada, destacam-se como pontos importantes nas empresas a inovação e a satisfação das necessidades e expectativas dos empregados. As empresas têm o compromisso de contribuir para melhoria da sociedade, absorvendo a idéia de que integram e interagem com a macroestrutura social, estando também atentas para a microestrutura social, diretamente impactada pelas atividades desenvolvidas pelas empresas que nela instalam seu espaço físico de atuação.

Para Toffler (apud GIRARDI, [2002?], p.12), atualmente a área de Recursos Humanos vem se adequando à “terceira onda”, à sociedade de serviços e informações e atua como agente de mudança de estratégia empresarial.

Conclui-se que para as empresas sobreviverem nessa nova era empresarial, social, econômica e política é preciso que considerem as aspirações e necessidades de seus empregados, colaborando para que o trabalho se torne cada vez mais humano e que a remuneração percebida como pagamento pela venda da força de trabalho do homem seja

suficiente para que todos os homens vivam com dignidade e que tenham acesso à riqueza socialmente produzida.

Em relação aos profissionais de Recursos Humanos, em seu novo papel,

“...desde que saibam atuar política, tática e estrategicamente, conquistarão a autonomia e o respeito junto aos empregados, empresários e às demais entidades ligadas à organização. Esse por sua vez, se convencerá então, de que necessita da assessoria de Recursos Humanos para bem posicionar seus colaboradores e decidir com qualidade. (AQUINO apud GIRARDI, [2002?], p.13)

Na sequência deste trabalho monográfico, apresenta-se a Saúde do Trabalhador e o Serviço Social na Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina.

CAPÍTULO 3

A SAÚDE DO TRABALHADOR E O SERVIÇO SOCIAL NA EPAGRI

A saúde do trabalhador, há muito tempo, tem sido uma das principais demandas ao Serviço Social nas empresas, haja vista que a saúde é uma necessidade social e uma questão de cidadania, sendo fundamental para o empregado, que vende a sua força de trabalho, e para o empregador na manutenção da produtividade.

Neste capítulo, apresenta-se a trajetória histórica da EPAGRI, a contribuição do seu setor de Serviço Social no âmbito da Saúde do Trabalhador, faz-se uma breve abordagem, sobre a CASACARESC e, na sequência, apresenta-se a análise da pesquisa realizada com os representantes da CASACARESC.

3.1 AS EMPRESAS ANTECESSORAS DA EPAGRI

A EPAGRI¹ (Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina) é resultado da fusão de cinco empresas estatais, ocorrida em 1991, quando o governo do Estado de Santa Catarina decidiu mudar a estrutura do trabalho dirigido ao meio rural. Para que se possa melhor conhecer a empresa, faz-se uma breve abordagem sobre extensão rural, bem como apresentam-se as empresas que antecederam a criação da EPAGRI.

Segundo Santos (2001, p.52), os princípios que nortearam as primeiras experiências de extensão rural no Brasil, no final da década de 40, são provenientes dos Estados Unidos.

¹ A denominação inicial da EPAGRI foi Empresa de Pesquisa Agropecuária e Difusão de Tecnologia de Santa Catarina, tendo sido alterada em 1995.

Naquela época, a extensão era vista como um instrumento de modernização da agricultura tradicional, que visava levar conhecimentos e informações necessários para a melhoria de vida do meio rural. Mas, o que vem a ser extensão rural? Segundo Olinger (2001, p.7),

Extensão rural é difusão, transferência ou vulgarização de técnicas de trabalho, produção e comercialização, úteis e sustentáveis, aos produtores rurais, por meio de métodos educativos. Extensão é um serviço permanente, porque sempre haverá inovações para serem divulgadas.

Em 1948, foram instalados os primeiros serviços de extensão rural no Brasil, com a fundação dos serviços de extensão em Santa Rita do Passa Quatro, em São Paulo, e a criação da ACAR (Associação de Crédito e Assistência Rural de Minas Gerais), sendo que esta última foi patrocinada pelas Fundações Ford e Rockefeller, através da AIA (American International Association) e pelo ETA (Escritório Técnico Agrícola), em parceria com o governo federal, a Confederação Rural Brasileira e Banco do Brasil S.A.

Tomaz (2002, p.51) informa que a extensão rural, no Estado de Santa Catarina, iniciou-se no ano de 1956, quando foi assinado um convênio entre o Governo do Estado e o Escritório Técnico de Agricultura, dentro do programa de cooperação Brasil-Estados Unidos, e então houve a criação do primeiro escritório de assistência técnica e extensão rural, denominado ETA-Projeto 17. Em 21 de junho de 1957, esse escritório tomou a forma de Associação de Crédito e Extensão Rural Civil, sem fins lucrativos, denominada ACARESC (Associação de Crédito e Assistência Rural do Estado de Santa Catarina). (MENNA, 1998, p.123; SANTOS, 2001, p.90)

A extensão rural, em Santa Catarina, teve início nos vales do Rio do Peixe e Itajaí, onde predominava a pequena propriedade, sendo que os municípios com predominância de propriedades maiores, como, por exemplo, Campos de Lages e noroeste do Estado, foram os últimos a receber escritórios locais de extensão. (OLINGER, 1998, p.44)

No Brasil, até 1990, a pesquisa agropecuária e a extensão rural nos Estados eram desenvolvidas separadamente, por empresas vinculadas às Secretarias Estaduais de Agricultura. A primeira era executada por empresas estaduais de pesquisa e a segunda era desenvolvida pelas empresas estaduais de assistência técnica e extensão rural, as EMATER's. A partir de 1990, devido a alterações nas estruturas de alguns Estados, ocorreu o processo de fusão pesquisa-extensão.

No caso de Santa Catarina, esse fato ocorreu em 1991, com a fusão de cinco empresas que realizavam as atividades de pesquisa agrícola e extensão rural: EMPASC (Empresa Catarinense de Pesquisa Agropecuária S.A.), ACARESC (Associação de Crédito e Assistência Rural de Santa Catarina), EMATER-SC (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural de Santa Catarina), ACARPESC (Associação de Crédito e Assistência Pesqueira de Santa Catarina) e IASC (Instituto de Apicultura de Santa Catarina). Dessa fusão, surgiu a EPAGRI, inicialmente denominada Empresa de Pesquisa Agropecuária e Difusão de Tecnologia de Santa Catarina, destinada a unificar as ações das cinco empresas, que se apresentavam dissociadas. A seguir, realiza-se uma breve apresentação das empresas antecessoras da EPAGRI.

1 – EMPASC – Empresa Catarinense de Pesquisa Agropecuária S.A.

A EMPASC foi criada em 30 de abril de 1975, pela Lei Estadual nº 5.089/75, com a principal finalidade de executar a política de implantação e desenvolvimento do Sistema Estadual de Pesquisa Agropecuária, com sede e foro em Florianópolis. Era uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, vinculada à Secretaria Estadual de Agricultura e Abastecimento, constituída sob a forma de sociedade por ações, tendo como principais acionistas o Governo do Estado (60% do capital) e a EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (40% do capital). Sua constituição como empresa pública

foi aprovada pelo Decreto nº 1217/75, e, em 29 de outubro de 1975, na Assembléia de constituição da EMPASC, foram aprovados seus estatutos sociais e os nomes dos componentes da primeira Diretoria e Conselho Fiscal (EMPASC, 1976a; 1976b apud SANTOS, 2001, p.87)

De acordo com o Regimento Interno da EMPASC, aprovado em 1987, a empresa tinha por objetivos:

- 1 – Planejar, orientar e promover a execução de atividades de pesquisa agropecuária, visando produzir conhecimentos e tecnologias de interesse da agricultura catarinense;
- 2 – Exercer a coordenação técnica de programas e projetos de pesquisa agropecuária, cuja execução envolva a atuação técnico-científica ou cooperação financeira de órgãos ou entidades da administração estadual diretamente ligados ao setor agrícola, visando compatibilizar as diretrizes da política oficial de desenvolvimento do Estado de Santa Catarina com as diretrizes técnico-científicas, evitando duplicações desnecessárias de atividades e fragmentação de recursos humanos, técnicos e financeiros;
- 3 – Executar, diretamente, ou por intermédio de outras entidades, atividades auxiliares ou complementares, destinadas a melhorar o aproveitamento dos resultados de pesquisa. (EMPASC, 1987, p.9 apud SANTOS, 2001, p.87)

A EMPASC operava uma rede de 25 Estações Meteorológicas, distribuídas em todo o Estado, e desenvolvia atividades no Laboratório Associado de Sensoriamento Remoto de Santa Catarina e em duas Estações de Avisos Fitossanitários, localizadas em Fraiburgo e em São Joaquim.

No final de 1990, contava com uma programação de pesquisa composta por 20 Programas, os quais se desdobravam em 223 projetos e 483 experimentos. Em dezembro de 1990 a EMPASC tinha em seu quadro funcional o total de 810 empregados, sendo 249

técnicos de nível superior, dos quais 205 pesquisadores (150 com título de mestre e 9 com título de doutor), 44 pertencentes à área de suporte à pesquisa e 561 empregados de outros níveis.

Em 1991, ano de sua extinção, a EMPASC contava com bases físicas em Florianópolis (sede); um Centro de Pesquisas para Pequenos Produtores, em Chapecó; nove Estações Experimentais (Caçador, Videira, Lages, Campos Novos, Ituporanga, Itajaí, Urussanga, São Joaquim; e a Estação Experimental do Planalto Norte, em Canoinhas) e dois Campos Experimentais, em Joaquina e Camboriú. (SANTOS, 2001, p.89-90)

2 – ACARESC² – Associação de Crédito e Assistência Rural de Santa Catarina.

A ACARESC era uma sociedade civil, sem fins lucrativos, reconhecida de utilidade pública pelo Decreto Federal nº 50.622, de 18/05/61, e pela Lei Estadual nº 2.977, de 23/12/61, com sede e foro na cidade de Florianópolis, vinculada à Secretaria da Agricultura, do Abastecimento e da Irrigação, do Governo do Estado de Santa Catarina. (SANTOS, 2001, p.90) Sua finalidade principal era

Contribuir para a aceleração do desenvolvimento do meio rural catarinense, mediante a execução de um programa de assistência técnica, econômica e social, baseado em métodos educativos que visam a elevação da produtividade do trabalho das famílias rurais (...), com uma estratégia de ação baseada em métodos de Extensão Rural articulada ao Crédito Educativo. (SANTA CATARINA, 1970 apud SANTOS, p.91)

A ACARESC integrava o Sistema Brasileiro de Extensão Rural, representado e coordenado, até 1974, pela ABCAR (Associação Brasileira de Crédito e Assistência Rural), e, a partir de 1975, pela EMBRATER (Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural). Em 1975, devido ao novo modelo implantado, que determinava a criação das EMATER's, a ACARESC deveria ter sido transformada em EMATER-SC, entretanto,

² Conforme anteriormente explicado, a designação inicial da ACARESC era ETA –Projeto 17.

para não perder os privilégios e isenções decorrentes do fato de ser considerada entidade filantrópica, adotou, a partir daquele ano, a denominação de EMATER-SC/ACARESC.

Em 1991, a ACARESC era composta por 17 Escritórios Regionais (Araranguá, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Ituporanga, Jaraguá do Sul, Joaçaba, Lages, Mafra, Maravilha, Rio do Sul, São Miguel do Oeste, Tubarão e Videira) e os Escritórios Locais estavam presentes em 199 dos 217 municípios do Estado. A extensão rural dispunha, também, de oito Centros de Treinamento, instalados em regiões estratégicas do ponto de vista da produção agropecuária (Agrônômica, Araranguá, Chapecó, Concórdia, Florianópolis, Lages, São Miguel do Oeste e Videira. Esses centros visavam a preparação de recursos humanos em formação e aperfeiçoamento de técnicos, agricultores, donas de casa e jovens rurais. Por meio dessa estrutura eram atingidas 90 mil famílias rurais.(ACARESC, 1991 apud SANTOS, 2001, p.92)

Em 1990, o quadro funcional da ACARESC contava com 1639 empregados, sendo 736 do corpo administrativo (711 de apoio administrativo e 15 de nível superior) e 903 do corpo técnico (417 engenheiros agrônomos, 4 médicos veterinários, 199 técnicos agrícolas, 248 extensionistas de nível médio e 5 outros) (SANTOS, 2001, p.94)

Nos últimos anos de seu período de existência, a ACARESC tinha como objetivo mais amplo “contribuir para a melhoria da renda e das condições de vida dos pequenos agricultores e de suas famílias. (Idem, 2001, p.93)

3 – EMATER-SC – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural de Santa Catarina.

A EMATER-SC foi implantada a partir de uma exigência do Governo Federal, em consequência da criação da EMBRATER, que, em nível federal, sucedeu a ABCAR. Foi a oficialização do sistema de extensão rural, passando de uma associação civil para uma

empresa pública. A maioria dos Estados aderiu ao novo modelo, extinguindo as ACAR e criando as EMATER's. (SOUZA, 1996 apud SANTOS, 2001, p.96)

Em 13 de setembro de 1977, pela Lei nº 5.347, foi criada a EMATER-SC, porém a ACARESC continuou existindo, ambas com a mesma diretoria. Na prática, a ACARESC executava todos os serviços relativos à extensão rural, inclusive com o pessoal a ela vinculado, enquanto a EMATER, mediante convênio, contratava-lhe os serviços e repassava-lhe os recursos. O único funcionário contratado pela EMATER era o contador, que assinava os balanços enviados à EMBRATER. (SANTOS, 2001, p.97)

O Decreto nº 6.429, de 20/12/78 constituiu a EMATER como empresa pública, vinculada à Secretaria de Agricultura e Abastecimento, com personalidade jurídica de direito privado, com sede e foro na cidade de Florianópolis, jurisdição no território de Santa Catarina e duração por tempo indeterminado. (SANTOS, 2001, p.97)

4 – ACARPESC – Associação de Crédito e Assistência Pesqueira de Santa Catarina

A ACARPESC era uma sociedade civil sem fins lucrativos, fundada em 6 de janeiro de 1968, com personalidade jurídica de direito privado, vinculada à Secretaria da Agricultura e do Abastecimento, com sede e foro na cidade de Florianópolis, com abrangência em todo o Estado de Santa Catarina, reconhecida de utilidade pública Federal pelo Decreto Lei nº 87.741. Em 1969, suas atividades foram efetivamente iniciadas com a instalação de três Escritórios Locais. Em 1970, foi instalado o Escritório Central, incumbido da coordenação das atividades pesqueiras. Foram instalados dois Escritórios Regionais e os Escritórios Locais já eram em número de onze. (ACARPESC, 1990 apud SANTOS, 2001, p.97)

A ACARPESC tinha como objetivo principal a execução de um programa de assistência técnica, econômica e social aos profissionais da pesca, visando elevar a produtividade de seu trabalho, melhorar suas condições de vida e promover o

desenvolvimento e o progresso das comunidades pesqueiras do Estado. Suas atribuições sempre estiveram ligadas à promoção e ao desenvolvimento da pesca artesanal, uma vez que a pesca industrial era responsabilidade da SUDEPE (Superintendência do Desenvolvimento da Pesca), e contava com os recursos dos incentivos fiscais e o apoio do Governo Federal. (SANTA CATARINA, 1980; ACARPESC, 1990 apud SANTOS, 2001, p.98)

No ano de 1990, quando foi extinta, a ACARPESC dispunha de aproximadamente 130 empregados, e mantinha bases físicas apenas no litoral, contando com o Escritório Central em Florianópolis, quatro Escritórios Regionais e uma Estação de Piscicultura. Nesse ano, a síntese das realizações indicou que a ACARPESC havia atendido 4500 pescadores profissionais, 4000 famílias pesqueiras, 400 jovens e 2000 crianças de 0 a 7 anos. (SANTOS, 2001, p.101)

5 – IASC – Instituto de Apicultura de Santa Catarina

A apicultura desenvolveu-se, em Santa Catarina, desde a chegada dos imigrantes europeus, que buscavam um edulcorante que substituísse o açúcar, e embora essa atividade tivesse encontrado condições climáticas e topográficas adequadas no Estado, a tecnologia era muito rudimentar. A partir de 1953, o Serviço de Apicultura, que funcionava na Fazenda Assis Brasil, foi substituído pelo Projeto de Apicultura, cujo objetivo era dar assistência ao agricultor para melhorar a sua criação de abelhas, constituindo-se num novo período para o desenvolvimento da agricultura catarinense. (SANTOS, 2001, p.101)

Em 1961, com a extinção da Fazenda Assis Brasil, o Projeto de Apicultura foi transferido para o bairro Saco Grande, local onde foi criada a “Cidade das Abelhas”. Nesse local, teve início um serviço inédito em Santa Catarina, que incluía a permuta e a padronização de colméias e a criação de rainhas, além de atividades de assistência técnica, de fomento e cursos. O Projeto de Apicultura, na sua execução, contou com o reforço da ACARESC e com sua participação na realização dos primeiros treinamentos aos

agricultores/apicultores, através de cursos de monitores apícolas, do preparo dos primeiros líderes apícolas na nova tecnologia repassada pelos extensionistas. O Projeto implantou diversificadas e inovadoras tecnologias e o impacto das inovações levadas aos agricultores foi tão grande que o Governo do Estado decidiu transformar o Projeto de Apicultura no Instituto de Apicultura do Estado de Santa Catarina. (SANTOS, 2001, p.102)

O IASC foi instituído em 13 de outubro de 1981, pelo Decreto Lei nº 15.227/81, como parte integrante da Secretaria da Agricultura e do Abastecimento, com o objetivo de executar a política de desenvolvimento e aperfeiçoamento da produção apícola no Estado, bem como incentivar o consumo do mel, com sua sede localizada na base física da “Cidade das Abelhas”. (SANTOS, 2001, p.102)

Apesar de desenvolver muitas atividades nos municípios, o IASC não tinha pessoal alocado no interior, o seu quadro funcional era pequeno, sendo composto por um diretor, um secretário, três técnicos especialistas em apicultura e os demais empregados cedidos pela Secretaria da Agricultura. Para coordenar os trabalhos no interior, o IASC utilizava as estruturas locais da ACARESC e das associações de apicultores, tornando-se viável o desenvolvimento da apicultura com poucos técnicos e escassos recursos financeiros. (SANTOS, 2001, p.104)

Em decorrência dos avanços obtidos e do trabalho desenvolvido, o IASC desfrutava de grande prestígio e sediou a Confederação Brasileira de Apicultura, a FAASC (Federação das Associações de Apicultura de Santa Catarina), a filial para a América do Sul do Instituto Internacional de Tecnologia e Economia Apícola da APIMONDIA e a Presidência da Comissão Internacional Apícola Apimonia (cargo eletivo). (WIESE, 1996, 1999 a, b apud SANTOS, 2001, p.104)

Em 1979, o IASC recebeu a medalha de ouro na Expo-Apis da Grécia, com o melhor mel do mundo e, em 1992, Santa Catarina conquistou o primeiro lugar na produção de mel, com mais de cinco milhões de quilogramas, fatos que comprovam o desempenho do Instituto. (WIESE, 1996 apud SANTOS, 2001, p.105)

Essa foi a trajetória das cinco empresas antecessoras da EPAGRI e, segundo Santos (2001, p.55), apesar das diferentes justificativas apresentadas pelas empresas para a decisão de fundir as entidades de pesquisa e extensão, em geral, elas gravitam em torno da idéia de racionalização administrativa, principalmente para tornar a máquina estatal mais ágil e eficiente, de modo a melhorar o desempenho do serviço público perante a sociedade e reduzir os custos administrativos através da fusão de atividades similares.

A autora anteriormente citada relata que, no caso de Santa Catarina, a Secretaria da Agricultura para adequar-se aos novos tempos, com base no estudo estratégico de cenários e “com olhos voltados ao século XXI”, se propôs a realizar uma grande mudança em suas estruturas. O conjunto dessas mudanças, denominado Plano de Modernização da Agricultura, tinha como filosofia norteadora:

- ▶ a retirada gradativa do Estado das atividades que competem basicamente à iniciativa privada;
- ▶ o enxugamento da estrutura, diminuindo o número de organismos e cargos de chefia;
- ▶ o incentivo à municipalização dos serviços, dando apoio às Prefeituras para um desenvolvimento mais adequado e participativo do meio rural;
- ▶ a criação de CTA's – Centros de Tecnologia Agrícola, que irão desenvolver pesquisas agropecuárias e projetos importantes, tais como Microbacias, Irrigação e Drenagem, Troca-Troca, etc., transferindo tecnologias e atualizando os técnicos dos municípios de sua abrangência. (SANTA CATARINA, s.d., n.p. apud SANTOS, 2001, p.58)

Seibel (1995, apud SANTOS, 2001, p.58-59), mostrando o resultado de uma pesquisa que investigava o papel das instituições estaduais e de suas funções na intervenção do Estado na agricultura em Santa Catarina, identificou três argumentos propostos por diferentes setores sobre o processo, quais sejam:

1 - O primeiro argumento é do “revanchismo político” do Governador Kleinubing (1991-1993), processo que teria iniciado em 1983, quando assumiu nova diretoria da ACARESC, a qual entrou em choque com o então Secretário da Agricultura, o futuro governador Kleinubing. O referido Secretário teria exigido das várias entidades componentes da Secretaria uma ação mais comprometida com o seu projeto eleitoral, não encontrando a esperada correspondência da direção da ACARESC e, em 1989, ao assumir o Governo do Estado, Vilson Kleinubing, promoveu uma ampla reforma administrativa no aparato da área agrícola, que levou à fusão da ACARESC, ACARPESC, EMPASC, IASC, para implantação EPAGRI;

2 – O segundo argumento são as razões tecnocráticas do ex-presidente da ACARESC, Sr. Glauco Olinger, que concordava com a necessidade de saneamento administrativo dessa empresa, mas não com a sua extinção;

3 – O terceiro argumento é relacionado ao “clientelismo político”, ou seja, utilizar-se da máquina administrativa e dispor de cargos criados pelas empresas para fins eleitorais. O Sistema de Extensão Rural, em todo o Brasil, despertava a atenção de quem queria se manter no poder e a ACARESC não fugiu à regra, sendo influenciada pela apropriação clientelista da empresa.

Para Seibel (1995 apud SANTOS, 2001, p.59), todos esses fatores tiveram influência no desenrolar do processo, entretanto destaca a tese do “ciclo institucional”, ou seja, com o processo de evolução da agroindústria em Santa Catarina, a manutenção da ACARESC passou

a não mais interessar, podendo ser extinta, liberando, dessa forma, o aparato estatal para outras atividades necessárias à expansão e ampliação do capital.

Para Franco (1996 apud SANTOS, 2001, p.60), a fusão pesquisa-extensão rural, em Santa Catarina, seguiu as tendências do modelo neoliberal da administração pública, com o objetivo de racionalizar recursos e atividades, aproximando mais os trabalhos de pesquisadores e extensionistas, em busca de reflexos positivos para o produtor rural.

O contexto brasileiro do final da década de 80, permeado pela idéias neoliberais de redução do tamanho do Estado e enxugamento da máquina pública, levou à extinção muitos órgãos públicos, entre os quais se pode destacar, na área agrícola, o IBC (Instituto Brasileiro do Café), do IAA (Instituto do Açúcar e do Alcool) e da EMBRATER (Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural).

Em decorrência das disposições contidas na Lei Estadual nº 8.245, Decreto nº 1.080, foi constituída a EPAGRI (Empresa de Pesquisa Agropecuária e Difusão de Tecnologia de Santa Catarina S.A.), como uma sociedade de economia mista, com personalidade jurídica de direito privado, sob a forma de sociedade por ações. (SANTA CATARINA, 1991b apud SANTOS, 2001, p.106). A nova empresa tinha sede e foro em Florianópolis, podendo criar e extinguir unidades descentralizadas, sucursais, agências, escritórios e representações.

A EPAGRI passou a atuar por meio de CTA's (Centros de Tecnologia Agrícola), que eram bases físicas, que reuniam recursos humanos e materiais da Secretaria da Agricultura e do Abastecimento de empresas a ela vinculadas – EPAGRI, ICEPA (Instituto de Planejamento e Economia Agrícola de Santa Catarina e CIDASC (Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola), que desenvolveriam pesquisas agropecuárias e projetos importantes, tais como Microbacias, Irrigação e Drenagem, Troca-Troca e outros, transferindo

tecnologias e atualizando os técnicos dos municípios de sua abrangência. Os CTA's³ estavam localizados em dez regiões do Estado, visando atender de forma direta e efetiva às necessidades dos municípios, levando em consideração as particularidades econômicas, sociais, de clima e de solo em cada região. (SANTA CATARINA, s.d. apud SANTOS, 2001, p.109)

O Decreto nº 1.080/1991 determinava que o regime jurídico do pessoal da EPAGRI seria o da Consolidação das Leis do Trabalho e que a empresa seria dirigida, administrada e fiscalizada por uma Assembléia Geral, um Conselho Fiscal, um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva. (SANTA CATARINA, s.d. apud SANTOS, 2001, p.109) Segundo o Relatório Ano 1 da EPAGRI, no fechamento do ano de 1992, a empresa contava com 2.352 empregados.

Os documentos oficiais da nova empresa, como o Relatório Ano 1 da EPAGRI, evidenciam a sintonia entre o Governo Estadual e as tendências da política econômica do Governo Federal:

O Governo do Estado de Santa Catarina, consoante com as novas tendências da administração pública, e sintonizado com os anseios da sociedade catarinense, procedeu a uma profunda reforma do Serviço Público Agrícola, em atendimento ao estabelecido no Plano de Modernização do Governo. Isto implicou basicamente:

- ▶ retirada gradativa do Estado das atividades que competem basicamente à iniciativa privada;
- ▶ enxugamento da estrutura, diminuindo o número de organismos e cargos de chefia;
- ▶ incentivo à municipalização dos serviços, dando apoio às Prefeituras para um desenvolvimento mais adequado do meio rural. (EPAGRI, 1993, p.7 apud SANTOS, 2001, p.61)

Santos (2001, p.62) mostra os resultados da pesquisa de Varaschin, que configuram ter sido, em 1991, no momento em que assume o novo governador, um período de intensa mudança institucional, que se inicia no setor público agrícola, com o processo de municipalização da agricultura e a “junção” das empresas, reunindo-as num único órgão, a

³ Os CTA's estavam localizados nos seguintes municípios: Chapecó, Concórdia, Campos Novos, Caçador, Canoinhas, Lages, Ituporanga, Itajai, Florianópolis e Urussanga

EPAGRI. A pesquisa apontou, também, que o processo de municipalização criou um clima de desestabilização no setor público agrícola.

Segundo Cardoso, Gonzaga e Kaeffer (1993 apud SANTOS, 2001, p.63), pouco tempo após a efetivação da fusão, foi realizada uma pesquisa buscando detectar a existência de conflitos entre pesquisadores e extensionistas atuantes na EPAGRI. Ambos os segmentos apontaram como argumentos favoráveis à fusão, a simplificação da estrutura, a redução dos custos e a relativa melhoria na integração pesquisa-extensão. Contudo, foram bem mais numerosos os aspectos e sentimentos desfavoráveis como resultado da fusão. Entre eles foram citados

- perda de direitos e benefícios;
- relegou as pessoas a segundo plano;
- não houve participação das pessoas na fusão;
- processo traumático, radical, feito à revelia dos funcionários;
- sentimento de medo e instabilidade;
- levou à falta de definição da empresa como um todo;
- atraso na geração de tecnologia;
- destruição do serviço de extensão rural;
- amordaçamento da pesquisa agropecuária;
- estímulo aos conflitos e disputas entre os grupos de pesquisa e extensão na disputa pelo comando;
- muita gente ficou sem atividades definidas, gerando traumas e problemas de saúde;
- perdeu-se o elo de comunicação entre a sede e os escritórios regionais;
- não houve trabalho de harmonização, de integração, de ver os valores de cada instituição;

- perda da qualidade de trabalho;
- diminuição da assistência ao pequeno produtor em termos qualitativos e quantitativos;
- os dois grupos tinham uma reputação a zelar, um prestígio e uma eficiência, que foram prejudicados;
- ambiente terrível de expectativas, de frustração e de ansiedade; e outros.

Em 3 de agosto de 1995, pela Lei nº 9.904, inciso VIII, a EPAGRI teve sua denominação alterada para Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina S. A. (SANTA CATARINA, 1995 apud SANTOS, 2001, p.109), centrando seus objetivos no uso sustentável dos recursos naturais, na agricultura competitiva e na qualidade de vida do meio rural e pesqueiro, levando a uma maior valorização do setor rural do Estado de Santa Catarina.

Esta é a história da empresa até 1995. Na sequência, apresenta-se a EPAGRI a partir de 1995 até os dias atuais.

3.2 A EPAGRI NA ATUALIDADE

A sede da EPAGRI está localizada na Rodovia Admar Gonzaga, nº 1347, no bairro Itacorubi, cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina. Para melhor compreensão da situação jurídica da empresa, cabe, neste momento, citar o Título I, Capítulo I, artigo 1º do Regulamento Interno da Epagri, que versa sobre a denominação e personalidade jurídica da empresa

Art. 1º A Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina S. A. - EPAGRI - é uma sociedade de economia mista, com personalidade jurídica de direito privado, sob a forma de sociedade por ações, constituída nos termos do art. 99 da Lei Estadual nº 8245, de 18/3/1991, em decorrência da transformação da natureza jurídica da Empresa Catarinense de Pesquisa Agropecuária S.A. - Empasc, após esta ter incorporado a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural de Santa Catarina - Emater - SC, sendo a universal sucessora de ambas, vinculada à

Secretaria de Estado do Desenvolvimento Rural e da Agricultura, e se regerá pela Lei n.º 6.404, de 15/12/1976, pelo Estatuto Social e por este Regimento Interno (EPAGRI, 1999, p.1)

A missão da Epagri é: “Conhecimento, tecnologia e extensão para o desenvolvimento sustentável do meio rural em benefício da sociedade”. (EPAGRI, 1999, p.1)

Segundo o Regimento Interno (EPAGRI, 1999, p.1), os objetivos da empresa são:

- promover a prevenção, recuperação, conservação e utilização sustentável dos recursos naturais;
- buscar a competitividade da agricultura catarinense frente a mercados globalizados, adequando os produtos às exigências dos consumidores;
- promover a melhoria na qualidade de vida do meio rural e pesqueiro;
- promover o desenvolvimento auto-sustentado da agropecuária no Estado;
- executar a política estadual de geração e difusão de tecnologia agropecuária, florestal, pesqueira e de assistência técnica e extensão rural.

Para a consecução da missão, a empresa traça objetivos e linhas de ação orientando-se por diretrizes básicas, transcritas do art 5º do Regimento Interno (EPAGRI, 1999, p.3) e citadas a seguir:

- I – Utilizar o enfoque sistêmico com as ações interdisciplinares e interinstitucionais, dentro de uma visão holística de pesquisa e desenvolvimento;
- II – Modernizar a Empresa e sua estratégia metodológica de atuação, tanto na geração quanto na adaptação e difusão de conhecimento, tecnologia e informações;
- III – Estabelecer parcerias, convênios e integração com instituições nacionais e internacionais, públicas, privadas e organizações não-governamentais – Ong's, visando desenvolver tecnologias e prestação de serviços;

- IV – Ter uma política permanente de valorização e capacitação contínua dos recursos humanos;
- V – Estabelecer um canal permanente de comunicação com a sociedade, proporcionando transparência e participação desta no planejamento, execução e avaliação de seus serviços;
- VI – Ampliar fontes de recursos, por meio da geração de tecnologias, produtos e serviços passíveis de comercialização;
- VII – Profissionalizar o gerenciamento da Empresa de forma a eliminar as disfunções burocráticas, ampliar a descentralização, imprimindo, assim, a dinâmica e a flexibilidade necessárias à natureza de seu trabalho;
- VIII – Construir uma mentalidade de marketing institucional em todos os níveis da empresa;
- IX – Priorizar o trabalho de assistência técnica e extensão rural ao público não assistido por outras instituições;
- X – Priorizar a geração de um padrão tecnológico intensivo em ciência e conhecimento e ações de assistência técnica e extensão rural, adequando-se às necessidades das unidades familiares de produção.

De acordo com o Regimento Interno (EPAGRI, 1999, p.2), as linhas de ação a serem observadas pela EPAGRI são:

I – Contribuir para o processo de organização dos produtores, da produção e da comercialização;

II – Participar na formulação de uma política agrícola, agrária, pesqueira e de ciência e tecnologia, que atenda às necessidades da sociedade catarinense, compatíveis com a agricultura familiar e as comunidades de pescadores artesanais;

IV – Desenvolver ações diferenciadas para a promoção do desenvolvimento de produtores rurais e pescadores artesanais não atendidos por outras instituições, tampouco pelo complexo industrial;

V – Assessorar e capacitar as lideranças rurais, os membros do Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural e os agentes de assistência técnica e extensão rural para a execução de suas atividades;

VI – Profissionalizar agricultores e contribuir na educação informal da família rural;

VII – Identificar e desenvolver sistemas produtivos, que visem a redução das desigualdades sociais e econômicas no meio rural, a elevação da renda dos produtores e das condições de vida e a redução do êxodo rural;

VIII – Gerar e adequar tecnologias para conversão e reconversão dos sistemas produtivos não-competitivos, em especial, visando nichos de mercado de alto valor agregado;

IX – Democratizar o acesso às informações, dados, tecnologias, produtos e serviços.

Atualmente, a Epagri presta serviços à comunidade catarinense, através de uma Administração Estadual, localizada em Florianópolis, 14 Gerências Regionais⁴, 5 Gerências Estaduais e 243 Escritórios Municipais, localizados no Estado de Santa Catarina.

As Gerências Regionais estão localizadas nos seguintes municípios: Caçador, Campos Novos, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Joinville, Lages, Rio do Sul, São Miguel do Oeste, Tubarão, e Videira.

As Estações Experimentais situam-se em dez municípios do Estado: Chapecó, Itajaí, Lages, Caçador, Videira, Campos Novos, Canoinhas, Urussanga, Ituporanga e São Joaquim. Possui 11 Centros de Treinamento: São Miguel do Oeste, Chapecó, Videira, Campos Novos,

⁴ Cabe esclarecer, que a pesquisa ora apresentada, foi realizada junto aos Representantes da CASACARESC dessas 14 Regionais.

Concórdia, São Joaquim, Canoinhas, Florianópolis, Itajaí, Araranguá e Agronômica. A empresa conta, ainda, com um Centro de Referência e Extensão Apícola localizado em Florianópolis e um Centro de Pesquisa para Pequenas Propriedades, localizado em Chapecó

A sede da Epagri, em Florianópolis, concentra as atividades administrativas, de coordenação dos projetos e programas das quatorze regionais, sendo constituída pelos seguintes órgãos (vide anexo E), conforme o art. 6º do Regimento Interno (EPAGRI, 1999, p.4):

- Assembléia Geral
- Conselho Fiscal
- Conselho de Administração
- Diretoria Executiva
- Presidência
- Assessoria Jurídica
- Assessoria de Imprensa
- Auditoria Interna
- Gabinete da Presidência
- Gerência Técnica e de Planejamento
- Gerência de Administração e Finanças
- Gerência de Marketing e Comunicação
- Gerência de Informações
- Gerência de Recursos Humanos

Atualmente, o quadro funcional da empresa conta com 1971⁵ empregados distribuídos da seguinte maneira: 231 na Sede Administrativa, 84 na Regional de Caçador, 87 na Regional de Campos Novos, 59 na Regional de Canoinhas, 229 na Regional de Chapecó, 100 na Regional de Concórdia, 141 na Regional de Criciúma, 133 na Regional de Florianópolis, 172 na Regional de Itajaí, 44 na Regional de Joinville, 202 na Regional de Lages, 132 na Regional de Rio do Sul, 73 na Regional de São Miguel do Oeste, 72 na Regional de Tubarão, 84 na Regional de Videira, 128 outros (29 cursando pós-graduação, 84 a disposição de outros órgãos e 15 em licença sem remuneração)

Este é o quadro funcional da empresa em 26 de novembro de 2002, entretanto a formação dos seus Recursos Humanos⁶ foi se constituindo ao longo da história das empresas que antecederam a Epagri. Cada uma das Gerências anteriormente citadas tem atribuições diversas, porém para fins deste estudo monográfico, abordaremos a Gerência de Recursos Humanos.

A gerência de Recursos Humanos (vide anexo F)⁷ está diretamente subordinada à Diretoria Executiva e, de acordo com o Regimento Interno (EPAGRI, 1999, p.24), art. 28, tem por competência:

- I – Propor, coordenar e executar a Política de Recursos Humanos da Empresa;
- II – Planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as atividades de recursos humanos no que se refere a:

• Desenvolvimento de Recursos Humanos

⁵ Esses dados foram retirados do Relatório Quantitativo dos Empregados da Epagri, com data de 26/11/2002, fornecido pela Gerência de Recursos Humanos. Ressalta-se que os serviços prestados pelo setor de Serviço Social são disponibilizados a esse número total de empregados.

⁶ Durante a realização deste estudo monográfico não se teve acesso a nenhum material que traçasse a trajetória histórica da constituição dos Recursos Humanos na EPAGRI, não sendo possível fazer a correlação com a trajetória histórica dos Recursos Humanos no Brasil.

⁷ O organograma apresentado no anexo F é uma proposta elaborada por Eli Maria Duarte, no curso de especialização, não constituindo-se como oficial da empresa.

- Recrutamento, seleção, incorporação e integração;
- Movimentação, desligamento de pessoal e preparação para a aposentadoria;
- Acompanhamento e avaliação de desempenho e potencial;
- Atualização profissional dos Recursos Humanos, por meio dos Programas de Capacitação Contínua e de Pós-Graduação;
- Programa de estágio e de bolsa de trabalho para estudantes;

● **Administração de Recursos Humanos**

- Administração do banco de dados de recursos humanos, disponibilizando informações para toda a Empresa;
- Organização, manutenção e atualização do cadastro, da documentação funcional e dos registros em carteira de trabalho dos empregados da Empresa;
- Controle e organização do arquivo de documentos sujeitos à fiscalização;
- Concessão de férias, licença especial e outros benefícios aos empregados da Empresa e aos colocados a sua disposição;
- Execução da folha de pagamento e recolhimento de encargos sociais;
- Administração do Plano de Cargos e Salários;

● **Bem-estar Social**

- **Coordenar programas de saúde**, previdência complementar, prevenção de riscos ambientais, controle médico de saúde ocupacional e **assistência social**.

III – Convocar o comitê de Seleção/Capacitação Contínua e o Comitê Estadual de Seleção/Pós-Graduação para reuniões, disponibilizando as informações necessárias à análise do processo de atualização profissional dos empregados da Empresa pelos respectivos comitês e à homologação pela Diretoria Executiva;

IV – Coordenar a realização de estudos e pesquisas permanentes na área de recursos humanos, incluindo análise de clima organizacional; levantamento de necessidades de treinamento para a área finalística e área meio; desenvolvimento gerencial e motivacional; cargos e salários; benefícios;

V – Executar treinamentos referentes às atividades do Programa de Gestão pela Qualidade, de comum acordo com a Gerência de Planejamento;

VI – Desenvolver outras atividades de sua área de competência, não previstas neste Regulamento Interno, que lhe sejam cometidas pela Diretoria Executiva.

O corpo funcional da Gerência de Recursos Humanos é composto por 29 empregados⁸, sendo 2 extensionistas⁹ de nível superior, 3 extensionistas de nível médio, 1 extensionista social de nível médio, 10 técnicos de apoio de nível superior, 11 administradores e 2 como pessoal de apoio.

Como é possível observar, a Gerência de Recursos Humanos tem como uma de suas competências a coordenação de programas de saúde e a assistência social. Esse trabalho é viabilizado através da CASACARESC (Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da Associação de Crédito e Assistência Rural de Santa Catarina) que compreende a área de benefícios e desenvolve programas que visam o bem-estar físico, psicológico e social dos empregados, correspondendo à conceituação da OMS. A CASACARESC possui representantes nas quatorze regionais da EPAGRI, na Sede Administrativa e na Secretaria da Agricultura, e a operacionalização das atividades voltadas à Saúde do Trabalhador acontece através de um trabalho conjunto desenvolvido pelo Serviço Social e a CASACARESC.

⁸ Dado retirado do Relatório Quantitativo dos Empregados da EPAGRI, com data de 26/11/2002, fornecido pela Gerência de Recursos Humanos.

⁹ Extensionistas são profissionais que desenvolvem programas e projetos de cunho social, prestando assistência e orientação nas áreas de saúde, saneamento, nutrição, educação, conhecimentos ambientais, entre outros, com o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores rurais e de seus familiares. (TOMAZ, 2002, p.17)

Na sequência, apresenta-se o Serviço Social da EPAGRI.

3.3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EPAGRI E SUA CONTRIBUIÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Em dezembro de 1995, a FAPER (Federação das Associações de Funcionários da Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina), representando seus associados, empregados da EPAGRI, encaminhou à Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos, atual Gerência de Recursos Humanos – GRH, uma proposta de implantação do Serviço Social na empresa, cujo objetivo geral era “promover o bem estar físico, emocional e social dos seus empregados”. (FAPER, 1995, n.p.) Os objetivos específicos eram:

- Implantar e proporcionar a assistência social aos empregados;
- Viabilizar a realização profissional e pessoal na Empresa;
- Contribuir para o desenvolvimento do Programa Saúde Preventiva;
- Favorecer a integração dos empregados.

A referida proposta apresenta, na justificativa, a necessidade da empresa atender às necessidades mais emergentes de seus empregados, haja vista que a mesma possui funções econômicas e sociais¹⁰. Ressalta a necessidade de haver preocupação com o trabalhador que além de viver no contexto empresarial, carrega consigo reflexos de uma sociedade urbano-industrial, suas origens sociais, características físicas, psicológicas, culturais e históricas e apresenta carências, anseios, expressando diversas necessidades, desde o nível de subsistência econômica até o nível das reflexões sociais. (FAPER, 1995, n.p.) Segundo Mota (1991, p.16),

A justificativa para executar serviços sociais dentro da empresa fundamenta-se na importância atribuída à preservação da qualidade da força de trabalho dos empregados, passível de ser afetada tanto pelas carências materiais que vivencia o

¹⁰ Ver Capítulo 2, página 65, desta monografia.

trabalhador como pelo surgimento de comportamentos divergentes que interfiram no processo organizativo da produção.

O mencionado documento coloca que, no relacionamento entre empresa e empregado, surgem fenômenos diversos que são considerados objeto de intervenção do Serviço Social. De acordo com Mota (1991, p.16),

...a presença do assistente social numa empresa, antes de qualquer coisa, vem confirmar que a expansão do capital implica na criação de novas necessidades sociais. Isto é, a empresa, enquanto representação institucional do capital, passa a requisitar o assistente social para desenvolver um trabalho de cunho assistencial junto ao empregado e sua família.

A justificativa da proposta anteriormente citada traz em destaque a Questão da Saúde, baseando-se no conceito ampliado de saúde, da Constituição Federal de 1988, que se refere à **saúde** como

...uma questão crucial e emergente no momento em que o País vive uma crise avassaladora de falta de verbas, sucateamento do serviço de saúde, fraudes, etc. Acredita-se ser a **saúde** não apenas a resultante das condições de trabalho, habitação, alimentação, educação, lazer, renda, etc., mas, ao mesmo tempo, condição inerente ao exercício de cidadania e de liberdade, como um processo que se constrói cotidianamente. (FAPER, 1995, n.p.) (grifo nosso)

Na época em que a Proposta foi apresentada, os empregados contavam com o Fundo de Saúde da CASACARESC¹¹, ficando evidenciada a necessidade de uma ação mais humanizadora no atendimento das questões relacionadas à saúde, sendo possível perceber que além de convênios médicos, os empregados solicitavam acompanhamento de um profissional apto a lidar com as questões sociais presentes no contexto organizacional.

Após análise da referida proposta, a Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos solicitou uma assistente social para a empresa e, em 1997, o Serviço Social foi implantado na EPAGRI.

Para iniciar o processo de trabalho, a assistente social elaborou um plano de ação a partir das questões mais emergentes apontadas pelos empregados e chefias. Realizaram-se,

¹¹ A CASACARESC será apresentada no próximo item desta monografia, bem como os Fundos que a compõem

também, visitas a empresas que contavam com o Serviço Social em seu quadro funcional, para melhor compreender o trabalho desenvolvido pelo assistente social no contexto organizacional.

O Setor de Serviço Social está localizado na Sede Administrativa da EPAGRI, lotado na Gerência de Recursos Humanos (GRH) e o atual quadro funcional¹² é composto por uma assistente social, um motorista e uma bolsista responsável pelos serviços administrativos do setor. O objetivo geral do Serviço Social nessa empresa é “Contribuir no processo de reflexão e análise dos problemas e dificuldades dos **empregados e familiares**, sejam de ordem pessoal, social ou profissional”. (MACHADO, 1997, n.p.) (grifo nosso) Os objetivos específicos são: elaborar projetos de cunho social, que venham ao encontro das expectativas dos empregados e empresa, viabilizar o encaminhamento de questões relacionadas à saúde e benefícios internos e externos, promover ação educativa, através de palestras, cursos, treinamentos, campanha de prevenção de doenças e dependência química, colaborar no processo de preparação para aposentadoria, detectando situações-problemas e elaborando propostas. (MACHADO, 1997, n.p.)

O trabalho do Serviço Social da EPAGRI abrange todo o Estado de Santa Catarina, de modo a estender suas ações a todos os empregados. A EPAGRI, conta atualmente, com 1971¹³ (um mil novecentos e setenta e um) empregados, número que constitui a clientela para a qual o setor de Serviço Social disponibiliza os serviços, lembrando que, conforme anteriormente apresentado, o setor atende, também, os familiares.

Os programas e atividades desenvolvidas pelo Serviço Social visam atender as necessidades físicas, psicológicas e sociais, que interferem nas relações sociais entre

¹² Quadro funcional em dezembro de 2002.

¹³ Dado retirado do *Relatório Quantitativo dos Empregados da EPAGRI*, de 26/11/2002, fornecido pela Gerência de Recursos Humanos.

empregados, familiares e empresa, visando o desenvolvimento integral do ser humano. O assistente social procede encaminhamentos médico-hospitalares¹⁴, encaminhamentos para benefícios internos e externos, promove ações educativas através de palestras, cursos, treinamentos, campanhas de prevenção de doenças.

Cabe, neste momento, apresentar o método utilizado pelo Serviço Social da EPAGRI, que “busca uma relação sujeito-sujeito, que possibilite a construção de relações que transformem o cotidiano das relações dentro e fora da empresa”. (MACHADO, 1997, n.p.)

Para que se possa atuar com precisão nas situações apresentadas, é preciso ter clareza do método e dos instrumentos a serem utilizados, estando esses teoricamente fundamentados.

O método é desenvolvido através de uma rigorosa reflexão sobre o objeto em estudo, constituindo-se no caminho que nos orienta na busca pelo conhecimento do mesmo. Faleiros (1993) coloca que as questões metodológicas são importantes, mas é preciso considerar que são historicamente determinadas

Assim, a questão metodológica não pode ser fechada num único esquema, por ser historicamente determinada e também condicionada pelo próprio objeto, situando-se num contexto teórico construído. O método é, pois, uma construção do conhecimento que reflete sobre ele mesmo, sobre os passos, falhas, processos, objetivos e, fundamentalmente, sobre o objeto desse conhecimento. Para se estabelecer o método, é necessário conhecer seu próprio conhecer, refletir sobre a própria reflexão e representar a relação dessa reflexão com a realidade e as mediações do próprio conhecimento. (FALEIROS, 1993, p.106))

O método utilizado pelo Serviço Social da EPAGRI compreende quatro momentos que são interligados, quais sejam: conhecimento, problematização, ação e reflexão. (MACAHADO, 1997, n.p.)

1 – **Conhecimento** – esse momento diz respeito ao conhecimento de dados e fatos relativos ao usuário e à situação-problema apresentada. Realizam-se contatos com empregados, familiares, comunidade, chefias, na busca da compreensão da situação-problema

¹⁴ No ano de 2002, foram realizados 563 encaminhamentos médico-hospitalares.

e da realidade apresentada, colaborando na identificação e resolução dos problemas, sendo que o próprio usuário fornece a maioria dos dados, através da expressão oral ou por suas atitudes e comportamentos. Para Vieira (1985, p.112), essa é a fase da constatação, que “corresponde ao levantamento e análise de dados e fatos, que são os componentes do sistema-cliente e da situação social-problema”

2-Problematização – É realizada através do diálogo com o usuário em que este coloca as suas experiências pessoais cotidianas e, dessa maneira busca-se encontrar a relação entre os problemas e a sua essência, mesmo que seja de maneira abstrata. O conhecimento adquirido nessa interlocução com o usuário será objeto de análise crítica, buscando meios, alternativas, que possibilitem a transformação da situação apresentada. O usuário é levado a analisar as alternativas de solução, os recursos disponíveis e suas próprias potencialidades.

Para Vieira (1985, p.112), essas duas fases – reflexão e problematização – estão estreitamente ligadas entre si, constituindo-se no diagnóstico, que é uma palavra de origem grega (*diagnosis* – conhecimento), conceituado como

...substituto de investigação, tendo a vantagem de, desde o primeiro passo, fixar a mente do assistente social sobre o objetivo em vista, isto é, chegar ao conhecimento da situação, é o esforço para dar uma definição tão exata quanto possível da situação e da personalidade de um ser que sofre uma necessidade social, situação e personalidade que estão em relação com as pessoas que, de algum modo, dependem dele ou de quem ele depende ... (MARY RICHMOND APUD VIEIRA, 1985, p. 114)

3 – Ação – é a fase de execução das decisões, norteada pelos momentos que a antecederam e subsidiada pelas escolhas efetivadas no momento da problematização. Nesse momento, define-se junto ao empregado, familiares, chefias, as formas concretas de agir frente à situação-problema apresentada, visando uma ação efetiva e eficaz na transformação da realidade. “As ações precisam ser refletidas, analisadas, reestruturadas e aprofundadas”. (MACHADO, 1997, n.p.)

4 – **Reflexão** – É o momento de refletir junto com os empregados, familiares, chefias, os erros e acertos da ação, avaliando os resultados da mesma. A avaliação “é uma operação crítica dos processos e dos efeitos da ação planejada, com vistas ao embasamento do planejamento de ações posteriores”. (BAPTISTA, 2000, p.15)

Esses quatro momentos são realizados pelo assistente social junto com o usuário e as demais pessoas que possam colaborar na resolução da situação-problema apresentada.

Sendo assim, conclui-se que o Serviço Social não age *para* o indivíduo, grupo ou comunidade, mas *com eles* para escolha, planejamento e execução do que é necessário, pois essa é uma das contribuições da profissão para que indivíduos, grupos e comunidades possam tornar-se auto-suficientes no futuro. A intervenção é um processo de colaboração entre o assistente social e o usuário. (VIEIRA, 1985, p.143-144)

Para intervir adequadamente, os instrumentos e técnicas utilizadas pelo Serviço Social, são desenvolvidos, levando-se em consideração as particularidades dos programas e atividades desenvolvidas na empresa, de maneira que possibilitem diagnosticar, analisar e intervir nas situações apresentadas.

A palavra *instrumental* deriva de uma inclinação do sânscrito e do grego e “significa o conjunto de meios empregados para alcançar um objetivo. *Instrumento* (do latim, *instruire, construir*) é o que se utiliza para obter um resultado.” (Vieira, 1985, p.149)

O instrumental utilizado no Serviço Social tem um objetivo determinado e, de acordo com Vieira (1985:149), pode ser dividido em:

- 1 – *Instrumentos Psicológicos*: uso profissional do “eu” e do relacionamento;
- 2 – *Instrumentos Técnicos*, que são divididos em: técnicas de constatação, explicação e compreensão e técnicas de intervenção;
- 3 – *Instrumentos Situacionais*: situação face-a-face ou entrevista e grupais ou reuniões;

4 – *Instrumentos Administrativos*: documentação e providências diversas.

Ressalta-se que a observação é uma técnica utilizada em todos os momentos da ação profissional, de fundamental importância para a análise da situação apresentada. Segundo Vieira (1985, p.167), a observação é um dos mais importantes procedimentos metodológicos do Serviço Social, constituindo-se em “técnica de estudo ou diagnóstico em posição de exterioridade; é a ação de olhar sem estar implicado na situação e uma técnica para constatar resultados”.

Na operacionalização dos programas do Serviço Social da EPAGRI, vários instrumentos são utilizados, e serão apresentados na explanação sobre cada um dos Programas desenvolvidos, que são os seguintes: **Atendimento Individualizado, Dependência Química, Preparação e Reflexão para a Aposentadoria, Saúde Preventiva.**

Os programas desenvolvidos pelo Serviço Social da EPAGRI, excetuando-se o Programa de Preparação e Reflexão para a Aposentadoria, foram implementados seguindo as tendências apresentadas nas empresas visitadas pela assistente social, na época em que o Serviço Social foi implantado na EPAGRI. Ressalta-se que todos os programas têm igual importância, porém, em virtude da experiência de estágio ter-se desenvolvido mais especificamente no Programa de Saúde Preventiva, dar-se-á maior atenção ao mesmo.

O **Atendimento Individualizado** atende diversas demandas e sua prática é freqüentemente utilizada nos outros programas. O atendimento individualizado permite uma maior aproximação com o usuário, constituindo-se numa oportunidade de estabelecer um vínculo de confiança, fundamental para o alcance de resultados positivos no atendimento. Nesse momento, realiza-se a entrevista¹⁵, buscando descobrir a melhor maneira de ajudar o

¹⁵ No ano de 2002, foram realizadas 145 entrevistas.

usuário que está a nossa frente. Considera-se importante, nesse momento, apresentar o conceito do termo “ajuda”, que, segundo (BENJAMIN apud PIZZOL e SILVA, 2001, p.25),

é um ato de capacitação. O entrevistador capacita o entrevistado a reconhecer, sentir, saber, decidir, escolher se deve mudar. Esse ato de capacitação exige doação da parte do entrevistador. Precisa dar parte de seu tempo, de sua capacidade de ouvir e entender, de sua habilidade, conhecimento e interesse – parte de si mesmo. Se essa doação puder ser sentida pelo entrevistado, a ato de capacitação encontrará receptividade.

Benjamin (apud PIZZOL E SILVA, 2001, p. 27) cita como atitudes essenciais do assistente social, no momento da entrevista, estar ali por inteiro, demonstrar respeito e aceitação pelo entrevistado, conseguir empatia, compreender o outro, com o melhor senso de humanidade possível, e ouvir, que, segundo o autor, significa

escutar o modo como as coisas estão sendo ditas, o tom usado, as expressões, os gestos empregados. E mais, ouvir inclui o esforço de perceber o que não está sendo dito, o que é apenas sugerido, o que está oculto, o que está acima ou abaixo da superfície. Ouvimos com nossos ouvidos, mas escutamos também com nossos olhos, coração, mente e vísceras.

O Serviço Social da EPAGRI dispõe de sala apropriada para o atendimento individualizado, fator de relevância para o bom atendimento do usuário, atendendo o que preconiza o art. 7º do código de Ética do Assistente Social, que assegura como direito do assistente social “dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional”. (CRESS, 2001, p.19)

As ações desse programa consistem em atendimento psicossocial¹⁶, encaminhamento a recursos internos e externos. No procedimento operacional, utiliza-se documentação, entrevista, visitas hospitalares¹⁷ e domiciliares¹⁸, contato com familiares e chefias.

¹⁶ O atendimento psicossocial visa auxiliar o usuário a identificar ou minimizar seus problemas de ordem profissional, pessoal e/ou familiar que possam estar interferindo no exercício de suas atividades profissionais e nas suas relações sociais cotidianas.

¹⁷ No ano de 2002, foram realizadas 89 visitas hospitalares.

¹⁸ No ano de 2002, foram realizadas 26 visitas domiciliares.

O Programa de Dependência Química tem por objetivo “promover ação educativa no sentido de prevenir quanto ao uso de drogas e gerar condições de tratamento aos empregados e familiares”. (MACHADO, 1997, n.p.)

Nesse programa, o profissional de Serviço Social da EPAGRI realiza inicialmente o atendimento individualizado ao empregado e familiares, orientando-os e realizando encaminhamentos para médicos, hospitais ou clínicas de tratamento de dependência química.

O assistente social acompanha cada caso em particular, através de entrevistas, visitas domiciliares e hospitalares. As visitas domiciliares possibilitam conhecer a família e o contexto social no qual o indivíduo está inserido, aproximando-se do cotidiano do usuário, identificando suas possibilidades e limitações. É o momento que oportuniza observar as interações familiares, a vizinhança, a rede social e os recursos institucionais mais próximos. As visitas hospitalares constituem-se num momento de apoiar e estimular o usuário, fazendo com que o mesmo perceba que o assistente social está presente na sua recuperação, disposto a ajudá-lo no que for possível. A assistente social da EPAGRI realiza visitas hospitalares semanais aos usuários internados para tratamento de dependência química.

O procedimento operacional utilizado nesse programa consiste em organizar palestras, contato com chefias, familiares, entidades e profissionais especializados em dependência química para informações e tratamento, entrevistas, visitas domiciliares e hospitalares, divulgação de materiais informativos.

Os usuários com dependência química têm direito a uma internação por ano, sendo importante ressaltar que está incluída nos serviços que a CASACARESC¹⁹ assegura aos seus associados e dependentes.

¹⁹ Ver nesta monografia, Capítulo 3, item 3.4 – Breve Apresentação da CASACARESC, p.111.

No **Programa de Preparação e Reflexão para a Aposentadoria**, cujo objetivo é “proporcionar aos pré-aposentados os elementos fundamentais que permitam uma reflexão sobre a aposentadoria, oportunizando-lhes condições para um melhor preparo frente às mudanças advindas da aposentadoria” (MACHADO, 1997, n.p.), no procedimento operacional utilizam-se levantamentos, entrevistas, encontro grupal, palestras, intercâmbio com outras empresas, encaminhamentos do processo de aposentadoria.

Segundo Tomaz (2002, p.44), esse programa começou a ser desenvolvido em fevereiro de 2001, coordenado e planejado por duas estagiárias de Serviço Social, sob orientação da Assistente Social, juntamente com o representante dos aposentados, contando com apoio administrativo da empresa. A autora destaca que, anteriormente, já houvera proposta de um programa semelhante, para trabalhar com os empregados que estivessem próximos da aposentadoria. Porém, em virtude da falta de recursos humanos necessários para o desenvolvimento do programa para pré-aposentados e aposentados, optou-se por trabalhar primeiramente com os aposentados.

O Serviço Social assessorou os aposentados na formação de um grupo, que foi o passo inicial para posterior criação de uma associação dos aposentados. A proposta para retomada desse programa é que tão logo se inicie a Reforma da Previdência, uma das propostas do atual presidente do Brasil, Sr. Luiz Inácio Lula da Silva, buscar-se-á uma parceria com o grupo de aposentados para iniciar um trabalho com os pré-aposentados.

O **Programa de Saúde Preventiva**, cujo objetivo é “identificar as carências através da análise de indicadores de saúde e expectativa dos empregados, promover a saúde através de informação e educação” (MACHADO, 1997, n.p.), consiste em ciclo de palestras²⁰,

²⁰ No ano de 2002, foram realizadas 9 palestras, que contaram com a presença de 570 pessoas. Esses dados foram obtidos na documentação do setor de Serviço Social da EPAGRI.

informações sobre saúde, benefícios, campanhas preventivas, encaminhamentos e acompanhamentos médico-hospitalares. No procedimento operacional, utilizam-se questionário, levantamento de dados, palestras, contatos com profissionais de outras áreas, chefias e representantes regionais, reuniões, campanhas preventivas.

O ciclo de palestras consiste em encontros mensais, realizados toda primeira sexta-feira do mês, no auditório da Sede Administrativa da empresa, no período vespertino. A organização da palestra conta com a participação dos empregados, que, em reuniões com o Serviço Social, podem opinar e decidir a respeito dos palestrantes e dos temas a serem abordados. Em cada palestra é abordada uma temática diferente, direcionada a relações humanas/interpessoais e/ou prevenção de doenças, promoção de saúde. A palestra é realizada por profissionais especializados na área escolhida como tema.

A divulgação das palestras é feita através do envio de cartas-convites para os aposentados e empregados em licença médica, convite na rede de comunicação interna da empresa, entrega de convites individuais, convite via fax para ICEPA (Instituto de Planejamento e Economia Agrícola de Santa Catarina), CIDASC (Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola), CETRE (Centro de Treinamento), CIRAM (Centro Integrado de Informações de Recursos Ambientais de Santa Catarina), CEPEA (Centro de Estudos em Economia Aplicada), SDA (Secretaria da Agricultura), Aquicultura e Gerência Regional de Florianópolis.

Outras atividades que colaboram na promoção da Saúde do Trabalhador são as campanhas preventivas e a **Ginástica Laboral**, que teve início em 2001, através da contratação dos serviços do Programa de Ginástica na Empresa, desenvolvido pelo SESI (Serviço Social da Indústria), realizando-se esse trabalho em todas as Regionais da EPAGRI.

A implantação da ginástica laboral na empresa se deu a partir de solicitação dos empregados²¹. O Serviço Social, através de um trabalho conjunto com a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), iniciou, em 1999, junto à Diretoria, uma negociação para implantação da atividade. Em reunião na qual estavam presentes a assistente social, um representante da CIPA, o administrativo da CASACARESC, o gerente estadual de recursos humanos e um representante do SESI, foi apresentada a proposta de implantação da atividade em todas as regionais da empresa no Estado de Santa Catarina e, posteriormente, foi encaminhada para aprovação, dando início à implantação da Ginástica Laboral na EPAGRI.

As atividades do referido Programa são adaptadas às condições do local de trabalho, realizando-se diariamente, no período matutino, com sessões de exercícios que têm cerca de 10 a 15 minutos de duração. As sessões são coordenadas por um profissional de Educação Física do SESI e nos dias em que o mesmo não está presente, as atividades ficam sob responsabilidade dos facilitadores, que são empregados dispostos a colaborar voluntariamente. Os facilitadores têm um encontro mensal com profissionais do SESI, ocasião em que é repassada a série de exercícios a serem realizados no decorrer do mês.

As atividades do Serviço Social, nesse programa, consistem em prestar assessoria no desenvolvimento do mesmo, realizar reuniões com representantes do SESI, elaborar pesquisas para avaliar o nível de satisfação dos empregados.

O acompanhamento do Programa no Estado, conta com a colaboração de empregados que se dispõem a ser Representantes da Ginástica na Empresa, servindo de interlocutor com o Serviço Social no repasse das informações que se fizerem necessárias em relação ao desenvolvimento das atividades, cumprimento do cronograma e avaliação dos resultados.

²¹ Informação fornecida pela assistente social da empresa, em entrevista realizada no dia 03 de fevereiro de 2003.

Na Proposta de Implantação da Ginástica Laboral na Empresa, elaborada pelo SESI, são apresentados como benefícios que a empresa pode obter com a implantação do programa, redução nos custos de assistência médica, melhoria do rendimento funcional, diminuição do absenteísmo, melhoria e manutenção da saúde individual, prevenção de acidentes, melhoria das relações interpessoais, conscientização dos trabalhadores para a adoção de um estilo de vida mais sadio. O Programa estimula a prática regular e sistematizada de atividade física, procura realizar atividades que possibilitem a prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, tais como LER/DORT. A ginástica ativa a circulação sanguínea, melhorando a oxigenação do cérebro, músculos e tendões, diminuindo a fadiga muscular localizada, o que contribui para a retomada da concentração necessária para a realização das atividades do trabalho, reduzindo os acidentes. Dessa maneira, a ginástica contribui na promoção da saúde física e emocional dos trabalhadores.

Com o objetivo de ampliar os benefícios oferecidos aos empregados, o Serviço Social está elaborando um **Projeto para Atendimento dos Portadores de Necessidades Especiais**. Foram enviadas correspondências para todas as Regionais da empresa, solicitando atualização cadastral dos portadores de necessidades especiais, e assim que o Projeto estiver pronto, será encaminhado à Diretoria da CASACARESC, para apreciação e aprovação.

Tendo em vista que as atividades desenvolvidas pelo assistente social na empresa baseiam-se nas relações entre empregador e empregado, o profissional freqüentemente utiliza-se da mediação na busca da solução de conflitos. Mas, o que vem a ser mediação?

A mediação é “um processo no qual uma terceira pessoa, neutra, o mediador, facilita a resolução de uma controvérsia ou disputa entre duas partes”. (GRUNSPUN, 2000, p.13). Segundo Joos e Pereira (1998, p.89)

A categoria da mediação permite reconstruir o movimento do real, ou seja, buscar o máximo de determinações possíveis acerca do objeto trabalhado. É também através da mediação que se busca avançar do simples para o complexo, do singular para o universal. Indica caminhos para pensar como a prática imediata, posta na sua imediaticidade pode ser acrescida de novos elementos, permitindo situá-la num contexto mais amplo.

O planejamento também está presente no cotidiano do assistente social, fazendo-se necessário em todas as atividades e programas desenvolvidos pelo Serviço Social, constituindo-se processo permanente, que supõe uma ação contínua, “uma sequência de atos decisórios, ordenados em momentos definidos e baseados em conhecimento teóricos, científicos e técnicos. (VERAS, 2000, p.13) O planejamento

refere-se, ao mesmo tempo, à seleção das atividades necessárias para atender questões determinadas e à otimização de seu inter-relacionamento, levando em conta os condicionantes impostos a cada caso (recursos, prazos e outros); diz respeito, também, à decisão sobre os caminhos a serem percorridos pela ação e às providências necessárias à sua adoção, ao acompanhamento da execução, ao controle, à avaliação e à redefinição da ação (VERAS, 2000, p.13)

Nos últimos anos, várias transformações vêm ocorrendo na atuação do profissional de Serviço Social em empresas, e estas se fazem presentes, também, no processo de trabalho²² da assistente social da EPAGRI. As empresas “passam a fazer novas exigências ao profissional de Serviço Social, todas elas articuladas às políticas de recursos humanos”. (MOTA, 1998, p.125) Novas atribuições se colocam como desafios para a prática profissional, como é o caso da assessoria. De acordo com Vasconcelos (1998, p.132-133, apud JOOS E PEREIRA, 1998, p.84), a assessoria está voltada

à busca de totalização no processo de prática, no sentido de apontar, resgatar e trabalhar as deficiências, os limites, recursos e possibilidades da equipe, socializando conteúdos, instrumentos de indagação e análise e também produzindo estudos, tendo em vista as respostas concretas e imediatas que as áreas assessoradas precisam dar frente às demandas que a realidade põe à ação.

²² Os elementos do processo de trabalho são: o trabalho, atividade humana adequada a um fim; o objeto ou matéria prima, na qual se aplica o trabalho; meios de trabalho, ou seja, os instrumentos de trabalho, e; os resultados do processo de trabalho ou produto. (Fonte: material instrucional da disciplina Serviço Social: Instituições e Organizações, ministrada pela professora Maria Ester Menegasso, no dia 02 de abril de 2001, na 5ª fase do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina).

Segundo Mota (1998, p.128), as atividades do Serviço Social aproximam-se, cada vez mais, da função gerencial e

...o Serviço Social, como os demais segmentos da área de recursos humanos, vêm assumindo o papel de assessoramento dos gerentes, para que estes possam melhor “administrar pessoas”, propiciando confiabilidade, amizade, aprendizado, crescimento e satisfação de seus “colaboradores”.

Iamamoto (1997, p.103) coloca que o assistente social dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções institucionais, o que fica claro na sua relação singular de contato direto com o usuário, em que não ocorre total controle institucional, possibilitando ao profissional redefinir os rumos da ação, da maneira que melhor convier. A autora lembra, também, que as novas exigências para acesso aos postos de trabalho, exigindo profissionais cada vez mais qualificados, trazem alterações, também, para o Serviço Social.

Exige-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua consciência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa e decifra a realidade. Alimentado por uma atitude investigativa, o exercício profissional cotidiano tem ampliado as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho nesse momento de profundas alterações na vida em sociedade. O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; um profissional criativo, capaz de entender o tempo presente, os homens presentes, a vida presente, e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história. (IAMAMOTO, 1997 apud BUHR, 2002, p. 35)

Para sintetizar, as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social da EPAGRI são as seguintes: intervenção psicossocial, entrevistas, contatos²³ com familiares, colaterais e instituições diversas, encaminhamentos de recursos internos e externos, acompanhamento médico-hospitalares, visitas domiciliares e hospitalares, busca de recursos materiais e humanos junto a outras instituições, facilitar procedimentos em caso de internações, exames e consultas (quando necessário), orientação e acompanhamento familiar, em caso de acidentes e/ou falecimentos, ciclo de palestras, os encaminhamentos para doação de sangue, intercâmbio com outras empresas e instituições, elaboração, acompanhamento e avaliação dos programas,

²³ No ano de 2002, foram realizados 428 contatos.

mediação, assessoria, supervisão de estágio²⁴. Além dessas atividades, a assistente social tem participação no CEI (Conselho Estadual do Idoso) e no COEP (Comitê de Combate à Fome e pela Cidadania).

Os resultados das ações realizadas pelo Serviço Social da EPAGRI ocorrem através de um retorno (feedback) dos próprios usuários. Em algumas situações, como na execução de projetos específicos, os resultados são mais imediatos, porém, em outras, como por exemplo, situações relacionadas a problemas de saúde, o resultado aparece a longo prazo e, em alguns casos, o acompanhamento continua por tempo indeterminado.

Diante do exposto, conclui-se que é significativa e valiosa a contribuição do Serviço Social da EPAGRI no âmbito da Saúde do Trabalhador, que “tem sido um dos principais objetos de demanda ao Serviço Social nas empresas no Brasil, desde os seus primórdios, entre as décadas de 40 e 50. Isso se dá tendo em vista a prioridade da saúde como necessidade social”. (MOTA, 1998, p.180)

Para finalizar, compartilha-se da idéia de Mota (1998), quando esta diz que

O profissional de Serviço Social, quando qualificado e atualizado, apresenta a vantagem de uma bagagem teórica mais sólida em relação às questões sociais e suas políticas, assim como um acúmulo técnico-operativo no trato direto com o trabalhador, conhecendo seu olhar, seu sentir, sua linguagem, sua relação com a empresa, e a da empresa com ele. (MOTA, 1998, p.192)

Na sequência, apresenta-se a CASACARESC, que realiza um trabalho conjunto com o Serviço Social na recuperação e promoção da Saúde do Trabalhador.

²⁴ No ano de 2002, foram realizadas 11 supervisões de estágio.

3.4 BREVE APRESENTAÇÃO DA CASACARESC

A CASACARESC é uma entidade praticamente tão antiga quanto a própria ACARESC, surgiu como um movimento espontâneo de um grupo de funcionários e teve como seu primeiro Presidente o Engenheiro Agrônomo Ilo de São Plácido Brandão, por volta de 1958. Em meados de 1970, sentindo ter crescido em muito a sua importância, em função do aumento do número de associados e do volume de recursos e de benefícios concedidos, os associados resolveram constituir, formal e oficialmente, a CASACARESC. Em 30 de julho de 1970, através de uma Assembléia Geral, foram aprovados os Estatutos, imediatamente publicados no Diário Oficial e registrados junto aos órgão competentes. Iniciaram-se, então, as atividades da CASACARESC, como pessoa jurídica de direito privado, soberana e independente, totalmente voltada ao bem-estar dos sus associados. Em 18 de julho de 1979, a Assembléia Geral aprovou integralmente os termos do Convênio que criava o PASA (Programa de Assistência à Saúde), modificando-se, como consequência, a estrutura administrativa da Caixa. (CASACARESC, 1982, p.1)

Em 10 de maio de 2002, houve uma reforma dos Estatutos e de seus Fundos, sendo essa reforma uma das metas do biênio 2001/2002, estabelecida pela diretoria da CASACARESC, para “vencer os desafios impostos pelas crescentes necessidades de assistência e manter o equilíbrio financeiro, constituindo-se na maior reforma já realizada”. (CASACARESC, 2002, n.p.) De acordo com a Apresentação do novo Estatuto,

As alterações contemplam a inserção de normas que atendem dispositivo legal previsto na Lei 9656/98, legislação federal que fiscaliza a administração dos Planos de Saúde no País. Consolidam um mecanismo adequado de normas capazes de controlar com maior segurança, desde a aplicação dos recursos financeiros disponibilizados até a manutenção dos seus programas. Além disso, constitui-se, à luz do direito, num meio de resgatar pendências oriundas de demandas, tanto de associados quanto dos prestadores de serviços. As inovações surgidas através da

ampliação de serviços na área médica possibilitarão uma extensão de serviços até então não prestados e que hoje são uma realidade. (CASACARESC, 2002, n.p.)

Para esclarecer a situação jurídica da CASACARESC, seu prazo de duração e objetivos, cita-se o art. 1º do Estatuto

A Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da ACARESC, abreviadamente designada CASACARESC, fundada aos 30 dias do mês de julho de 1970, é uma Sociedade Civil, com personalidade jurídica de direito privado, de natureza assistencial, sem finalidade lucrativa, com sede e foro na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, estabelecida à Rodovia Admar Gonzaga, 1.347, bairro Itacorubí, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 83.937631/0001-69, com prazo de duração indeterminado, que congregará os empregados da Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina S.A. – EPAGRI, com o objetivo de proporcionar aos seus associados e dependentes inscritos assistência à saúde baseada no sistema de livre escolha dirigida ao bem estar social pelos Fundos de Saúde e Fundo Mútuo através de médicos, hospitais, clínicas médicas especializadas, clínicas odontológicas e/ou odontólogos, serviço de fisioterapia, laboratórios, , serviços de diagnóstico por imagem, serviços de assistência social e outros afins, através de instituições terceirizadas, que acordaram ou vierem a acordar com a CASACARESC na forma e condições fixadas no seu Estatuto e Regulamentos. (CASACARESC, 2002, p.1)

A adesão à CASACARESC é **facultativa** a todos os empregados da EPAGRI, e de acordo com o art. 1º, § 2º, podem ser admitidos em seus Fundos de Saúde, entidades cujas atividades se coadunem com as da EPAGRI, mediante convênio ou contrato, considerando-se a EPAGRI como Empregadora Instituidora e as entidades que vierem a aderir, como Empregadora Participante. São considerados Associados os empregados da Empregadora (Instituidora e Participantes), desde que inscritos como Participantes Ativos da CASACARESC, os Aposentados, os Diretores da Empregadora, bem como os empregados da CASACARESC. (CASACARESC, 2002, p.2)

A CASACARESC assegura aos seus associados e dependentes os seguintes serviços (CASACARESC, 2002, p.4)

- Assistência médica e cirúrgica;
- Serviços complementares de diagnóstico por imagem e laboratorial;
- Internações hospitalares;
- Serviço ambulatorial;

- Serviço de reabilitação;
- Serviço odontológico;
- Assistência social;
- Tratamento de psicose, neurose, doenças mentais e assemelhadas, que exijam psicanálise e qualquer outra forma de psicoterapia;
- FMAF – Fundo Mútuo de Assistência financeira;
- Atendimento Médico/Hospitalar fora do Estado de Santa Catarina, mediante autorização expressa da CASACARESC.

Os recursos financeiros da CASACARESC são formados pelas fontes de receita oriundas de seus fundos que serão abordados e explicados posteriormente. O patrimônio social da CASACARESC é constituído pela contribuição mensal das Empregadoras e dos associados, receitas oriundas da participação dos associados nas despesas realizadas, receitas de aplicações, doações, subvenções, legados, auxílios, fundos, participações societárias, rendimentos de bens de qualquer natureza e pelos bens que a CASACARESC vier a adquirir de outros. Esse patrimônio é aplicado exclusivamente no Estado e não há distribuição de qualquer parcela do mesmo ou de suas rendas. (CASACARESC, 2002, p.13)

A CASACARESC é administrada e fiscalizada pelos seguintes órgãos: Assembleia Geral, Conselho de Administração, Diretoria Executiva e Conselho Fiscal. Os membros do Conselho de Administração, da Diretoria Executiva e do Conselho Fiscal têm mandato de dois anos, sendo que a renovação de 50% do Conselho de Administração deverá ocorrer em anos alternados aos dos demais membros da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração. (CASACARESC, 2002, p.7)

A Assembléia Geral é constituída pelos Associados inscritos na CASACARESC há pelo menos doze meses e que estejam em dia com as suas obrigações. As Assembléias Geral e Extraordinária são convocadas por Edital, com antecedência mínima de vinte dias, sendo que a primeira é realizada uma vez por ano e a segunda pode ser convocada pela maioria dos Membros do Conselho de Administração pela Diretoria Executiva ou por um grupo equivalente a 10% dos associados quites, e pode ser descentralizada. (CASACARESC, 2002, p.7)

O número total de associados da CASACARESC²⁵ é aproximadamente de oito mil associados e, no caso da EPAGRI, do total de 1971 empregados, 1873 são associados titulares da CASACARESC. Nesse total de 1873 associados titulares que são empregados da EPAGRI, há 1331 filhos, 1260 filhas, 347 cônjuges, 19 companheiros, 25 companheiras, 265 aposentados, 4 em licença sem remuneração e 34 afastados para tratamento de saúde.

A CASACARESC é constituída pelos seguintes fundos com adesão optativa, que funcionam de acordo com regulamentos próprios: FASA – Fundo de Assistência à Saúde; FMAF – Fundo Mútuo de Assistência Financeira; FAMH – Fundo de Assistência Médico-Hospitalar; e FASESP – Fundo de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais.

O FASA é um Fundo de auxílio à saúde, destinado aos empregados da EPAGRI, das Empregadoras Participantes e da CASACARESC, que tem o objetivo de proporcionar aos associados e dependentes inscritos assistência através de contrato com empresas de plano de saúde ou empresas prestadoras de serviços na área de saúde. (CASACARESC, 2002, p.16)

Segundo o Regulamento (CASACARESC, 2002, p.16), em seu art. 2º, são associados titulares do FASA os empregados da instituidora, das empregadoras participantes e da CASACARESC, assim como seus aposentados, diretores e empregados sem vínculo

²⁵ Estes dados foram fornecidos por Juçara Maria de Oliveira Bordin, no dia 17 de dezembro de 2002.

empregatício, que optarem em permanecer na CASACARESC. Os titulares podem inscrever como seus dependentes, mediante comprovação da relação, as seguintes pessoas:

- Cônjuge;
- Companheiro(a)
- Filhos solteiros até completar 21 anos e filhos recém-nascidos e adotados;
- Filhos solteiros até completar 24 anos, se cursando graduação;
- Filhos solteiros inválidos, maiores de 21 anos.
- Menor sob guarda, tutela ou curatela;
- Enteadado(a);
- Pai ou mãe, sem renda, do empregado solteiro, desquitado ou divorciado e que não tenha outros dependentes.

Os recursos financeiros para manutenção do FASA são constituídos pelo repasse mensal à CASACARESC, por parte da Empregadora Instituidora e Participantes, de 3,6% a 4,8% sobre o salário bruto do empregado associado, dos quais 2,4% são pagos pela Empregadora Instituidora e Participantes e, como contrapartida dos associados, 1,2% a 2,4% sobre salário bruto e/ou benefícios, inclusive o 13º salário. Esses percentuais podem ser alterados sempre que as receitas não cobrirem as despesas, considerando a média das despesas dos últimos doze meses. Também é cobrado do associado 30º sobre as despesas médicas/odontológicas. (CASACARESC, 2002, p.5)

Os serviços assegurados pelo FASA e colocados à disposição dos associados, além dos casos de emergência, compreendem:

- assistência médica, clínica e cirúrgica;
- internações hospitalares;

- tratamentos ambulatoriais (consulta médica, ortopedia, radioterapia, quimioterapia, pequenas cirurgias);
- assistência social;
- assistência odontológica;
- serviços complementares de diagnóstico e terapias, tais como:
 - 1 – análise clínica;
 - 2 – diagnóstico por imagem, radiologia;
 - 3 – reabilitação.

O Fundo não concede reembolso de espécie alguma, em nenhum de seus programas assistenciais, de acordo com a Lei nº 9.656 de 03/06/98, e foi aprovado em 09 de maio de 2002, vigorando a partir dessa data, cumpridas as formalidades legais e o registro provisório de nº 32.755-7 junto à ANS²⁶ (Agência Nacional de Saúde) (CASACARESC, 2002, p.22-23)

O **FMAF** é um fundo de Assistência Financeira dirigido aos associados da CASACARESC, inscritos para o fim específico de obterem empréstimos pessoais, sendo mantido pela contribuição exclusiva dos associados na razão de no mínimo 2%, no máximo 4%, sobre a remuneração bruta. O prazo de carência é de doze meses, e o valor do empréstimo é de três vezes o saldo de contribuição do associado. (CASACARESC, 2002, p.24)

O **FAMH** tem por objetivo cobrir todas as despesas médico-hospitalares (internações hospitalares), definidas no FASA e tratamentos de quimioterapia, radioterapia, pequenas cirurgias e tratamentos ambulatoriais, bem como exames de valor igual ou superior a 1900 CH (Coeficiente de honorários médicos), considerados de alto custo. Podem participar deste Fundo todos os associados do FASA, cumprindo carência de seis meses a partir da data de

²⁶ A ANS é a agência que regula e fiscaliza o setor de planos de saúde, é vinculada ao Ministério da Saúde e foi criada pela Lei nº 9961/2000.

adesão ao Fundo, e cada associado contribui com um valor variável, por idade, entre R\$ 0,50 e R\$ 5,50 por dependente. (CASACARESC, 2002, p.26)

O FASESP²⁷ tem por objetivo cobrir 100% das despesas com exames laboratoriais/clínicos e médico-hospitalares (internações hospitalares) e 70% das consultas médicas (os 30% restantes são cobrados do associado titular) dos dependentes especiais. Os prazos de carência são de 90 dias para consultas, 180 dias para exames complementares e especializados, 210 dias para cirurgias ambulatoriais e 365 dias para internações hospitalares, partos normais ou cesarianas e demais cirurgias. (CASACARESC, 2002, p.31)

De acordo com o Regulamento do FASESP, art 12º, podem ser incluídos como dependentes especiais as seguintes pessoas:

- filhos (as), tutelados (as) e enteados (as) maiores de 21 anos de idade;
- netos (as);
- pai, mãe, padrasto, madrastra, sogros e sogras, genros, noras e cunhados (as);
- ex-cônjuge, independentemente de determinação judicial e/ou companheiro(a);
- irmãos (ãs), tios (as), primos (as), sobrinhos (as);
- avós.

Cada associado titular contribuirá com um valor variável, por idade, entre R\$ 22,00 e R\$ 89,00, por dependente especial, podendo este valor aumentar ou diminuir, dependendo do comprometimento da reserva do Fundo. (CASACARESC, 2002, p.32)

Após se ter conhecido um pouco das empresas que antecederam a criação da EPAGRI e esta na atualidade, a inserção do Serviço Social e a CASACARESC, apresenta-se, a seguir, a

²⁷ O total de pessoas inscritas no FASESP é de 1128, sendo 447 do sexo masculino e 681 do sexo feminino. (Dados fornecidos por Juçara Maria de Oliveira Bordin, em 17 de dezembro de 2002).

metodologia da pesquisa realizada junto aos Representantes da CASACARESC, e a análise da mesma.

3.4.1 A METODOLOGIA DA PESQUISA

Conforme mencionado anteriormente, o objetivo dessa pesquisa é apresentar uma contribuição do Serviço Social da EPAGRI no âmbito da Saúde do Trabalhador. Tendo em vista que a operacionalização das atividades voltadas à Saúde do Trabalhador acontece através de um trabalho conjunto desenvolvido pelo Serviço Social e a CASACARESC, e considerando o fato de não haver assistentes sociais em todas as Regionais da EPAGRI, realizou-se uma pesquisa junto aos 15 Representantes da CASACARESC (14 das Regionais da empresa e 1 da Sede Administrativa). Ressalta-se que os mesmos, além de suas atribuições burocráticas, realizam encaminhamentos relativos às questões de saúde, sendo possível dizer que são os “representantes” da proposta das medidas voltadas para a saúde, implementadas pela empresa, tendo condições de analisar os avanços, limitações, a contribuição do Serviço Social e apresentar sugestões relativas à Saúde do Trabalhador.

Para elaboração do referencial teórico, apresentado nesta monografia, realizou-se pesquisa bibliográfica sobre a organização do sistema de saúde no Brasil, a trajetória histórica da saúde do trabalhador e dos recursos humanos no Brasil. Segundo Lakatos e Marconi (1991, p.183),

A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, etc., até meios de comunicação orais: rádios, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos de alguma forma, quer publicadas, quer gravadas.

Realizou-se, também, pesquisa na documentação do setor de Serviço Social da EPAGRI, no histórico da empresa e no relatório de estágio. Na pesquisa documental, a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. (LAKATOS E MARCONI, 1991, p.183)

A pesquisa junto aos representantes da CASACARESC é do tipo exploratória, caracterizando-se como observação direta extensiva a qual “realiza-se através do questionário, do formulário, de medidas de opinião e de técnicas mercadológicas”. (LAKATOS E MARCONI, 1991, p.201) Utilizou-se o questionário, que “é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador” (LAKATOS E MARCONI, 1991, p.201)

Os questionários (vide anexo G) foram enviados no dia 21 de outubro de 2002, junto com uma carta de apresentação da pesquisadora (vide anexo H) e uma de encaminhamento elaborada pela Administradora da CASACARESC, Sr^a Juçara Maria de Oliveira Bordin. (vide anexo I). Nessa correspondência, solicitou-se aos pesquisados devolução dos questionários ao Setor de Serviço Social até o dia 30 de outubro de 2002.

Do total de 15 questionários enviados, 12 foram respondidos. O recebimento do mesmo pela pesquisadora ocorreu da seguinte maneira: receberam-se 10, no dia 05 de novembro e 1 no dia 19 de novembro. Considerando que o prazo solicitado para devolução foi dia 30 de outubro, e a necessidade das respostas para a realização da análise, no dia 26 de novembro, realizou-se contato telefônico com aqueles que não haviam respondido, solicitando que enviassem o questionário até o dia 10 de dezembro. No dia 17 de dezembro, obteve-se mais uma resposta.

Na realização deste trabalho monográfico, contou-se com grande apoio, abertura e colaboração da assistente social da EPAGRI e, também, de empregados da Gerência de

Recursos Humanos e da CASACARESC no fornecimento de dados e documentos que muito auxiliaram para a elaboração do mesmo. Buscou-se o organograma da CASACARESC, para anexá-lo, porém, segundo informações, o mesmo não está elaborado. Os representantes que não responderam aos questionários justificaram sua não participação na pesquisa devido ao acúmulo de trabalho no final do ano. Destaca-se que os questionários respondidos estarão disponíveis no setor de Serviço Social da EPAGRI, bem como esta monografia, a partir do dia 20 de março de 2003.

Ressalta-se que, apesar do semestre atípico, em função do ajuste do calendário acadêmico, devido à greve ocorrida no 2º semestre de 2001, o processo de orientação foi realizado, garantindo-se, dessa forma, o bom termo da realização desta monografia.

Realizou-se a análise da pesquisa com a tabulação dos dados, verificando-se a frequência com que determinadas informações foram apresentadas. A partir de então, iniciou-se a compreensão dessas, aliadas ao referencial teórico desta monografia.

3.4.1 ANÁLISE DA PESQUISA

A análise dessa pesquisa realizou-se a partir da compreensão das informações obtidas nos questionários (vide anexoG) respondidos pelos Representantes da CASACARESC, aliadas ao referencial teórico norteador desta monografia. Do total de 15 questionários enviados, apenas três não foram respondidos, ou seja, obteve-se 80% de devolução. Não enviaram suas respostas os Representantes das Regionais de Rio do Sul, Florianópolis e da Sede Administrativa.

No decorrer da análise, resgatam-se algumas respostas que são identificadas pelas iniciais do representante e, no anexo J, encontra-se a Lista dos Representantes e as respectivas Regionais.

A primeira parte do questionário refere-se aos **dados funcionais** correspondentes à função, data de ingresso na EPAGRI, quando se tornou representante da CASACARESC e motivo pelo qual isso ocorreu.

Em relação à função dos representantes que participaram da pesquisa, 10 (83,4 %) trabalham no Setor de Pessoal, 1 (8,3%) identificou sua função como Representante Regional e 1 (8,3%) como tradutora.

Esses dados mostram que a maioria (83,4%) dos entrevistados são profissionais de Recursos Humanos, que, conforme apresentado no Capítulo 2, p.49, podem trazer, através do trabalho que realizam, importante contribuição para a produtividade da empresa “na medida em que permanecem sensíveis às expectativas e aos anseios dos trabalhadores e dos quadros intermediários da empresa” (GONÇALVES, 1988, p.54)

Na tabela a seguir, procurou-se levantar **a data em que os entrevistados tornaram-se Representantes da CASACARESC.**

TABELA 1 – Data em que se tornou Representante da CASACARESC

PERÍODO \ ENTREVISTADOS	NÚMERO	%
1990 – 1999	6	50%
2000 – 2001	2	16,7%
Não Responderam	4	33,3%
TOTAL	12	100%

Fonte : Questionários

Através da pesquisa, foi possível identificar que a maioria (50%), dos entrevistados, tornou-se Representante da CASACARESC na década de 90, período marcado pela fusão pesquisa-agrícola extensão rural de Santa Catarina e turbulências econômicas no País.²⁸

Considerando o tempo que os mesmos têm de empresa, é possível inferir que acompanharam a trajetória da questão da Saúde do Trabalhador no âmbito da empresa, mesmo antes de se tomarem Representantes Regionais da CASACARESC, e faziam parte do quadro funcional antes da implantação do Serviço Social, que ocorreu em 1977, estando aptos a analisarem a sua contribuição.

A Tabela 2 apresenta **há quanto tempo os entrevistados são empregados da EPAGRI.**

TABELA 2 – Tempo de Empresa

ENTREVISTADOS TEMPO DE EMPRESA	NÚMERO	%
Mais de 20 anos	5	41,7%
Entre 15 e 19 anos	4	33,4%
Entre 10 e 14 anos	1	8,3%
Não responderam	2	16,6%
TOTAL	12	100%

Fonte : Questionários

Verifica-se que há entre os entrevistados uma incidência maior de empregados, 5 (41,7%), que apresentam mais de 20 anos de serviço na empresa, 4 (33,4%) têm entre 15 e 19

²⁸ Ver Capítulo 2, p.49, desta monografia.

anos de serviço, apenas 1 (8,3%) tem entre 10 e 14 anos de empresa e 2 (16,6%) não responderam.

Identificou-se que a maioria dos entrevistados, 10 (83,4%), trabalham na empresa há mais de 10 anos. Lembrando que, conforme anteriormente apresentado, a EPAGRI foi criada em 1991, há 11 anos antes da realização da pesquisa. Sendo assim, conclui-se que os entrevistados são procedentes das empresas antecessoras da EPAGRI e vivenciaram o processo de fusão pesquisa-agrícola e extensão rural.

Ressalta-se que esses entrevistados têm condições de dar valiosa contribuição no resgate do processo de fusão pesquisa/extensão, os aspectos positivos e negativos, os avanços e retrocessos, o reflexo dessa situação nas condições de saúde dos trabalhadores, identificando possíveis problemas que surgiram naquela época e que podem estar perdurando até os dias atuais, apresentando-se como importante fonte histórica.

Seguindo o roteiro de perguntas, inquiriu-se **o motivo que levou esses empregados a se tornarem Representantes da CASACARESC**. Dos 12 questionários devolvidos, somente 2 (16,6%) não responderam. Percebe-se que os entrevistados justificam terem se tornado representantes a partir de indicação para o cargo e atuação na área de Recursos Humanos. Isso poderá se comprovado a partir de algumas falas a seguir:

“Por indicação”. (M.L.F.S.)

“Fui indicada e me identifico como representante; dentro das possibilidades faço os esclarecimentos aos associados”. (N.M.L.W.)

“Para colaborar com a gerência regional na distribuição de funções”. (N.F.S.)

“Compatibilidade com a área”. (N.T.N.S.)

“Por estar ligado ao Recursos Humanos” (J.L.V.P.S.)

“Por estar mais próxima das pessoas” (L.T.M.S.)

Sendo assim, percebe-se, mais uma vez, a importância dos Recursos Humanos na empresa, que, no caso dos Representantes Regionais, possibilitam a socialização das informações relativas aos benefícios.

Na pergunta seguinte, solicitou-se aos entrevistados que **ordenassem os Fundos da CASACARESC, na seqüência em que são mais utilizados na respectiva regional.**

A Regional de Itajaí respondeu que todos têm prioridade na região e não os ordenou na seqüência de utilização. A Regional de Concórdia assinalou o FMAF (Fundo Mútuo de Assistência Financeira) e o FAMH (Fundo de Assistência Médico-Hospitalar), entretanto, não os colocou em ordem de prioridade.

Considerando a resposta dos outros 10 entrevistados, 9 apontaram o FASA (Fundo de Assistência à Saúde) como o mais utilizado. Em segundo lugar, ficou o FAMH (Fundo de Assistência Médico-Hospitalar), em terceiro o FASESP (Fundo de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais) e, em quarto o FMAF (Fundo Mútuo de Assistência Financeira).

Esses dados mostram a importância dos Fundos direcionados à saúde, como é o caso do FASA e do FAMH, apontados como os dois mais utilizados. Mostram, também, o interesse da CASACARESC em oferecer aos seus associados e dependentes acesso a serviços de saúde diferenciados, proporcionando-lhes maior bem-estar.

Ressalta-se que, do total de 1971 empregados da EPAGRI, 1873²⁹ (95%) são associados da CASACARESC. E, em relação aos outros 98 (5%) empregados, que não são associados da CASACARESC, seria importante identificar o meio que utilizam para acesso a tratamentos médicos, bem como as razões que os levaram a não se associarem à CASACARESC.

Cabe, neste momento, citar a definição de saúde da Constituição Federal de 1988, Título VIII, Capítulo II, Seção II, art. 196, segundo a qual

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2001, p.118)

Considerando a prioridade de utilização dos Fundos de Saúde, observa-se que se o Estado garantisse aos cidadãos um sistema de saúde pública eficaz, eficiente e de qualidade, não seria necessário pagar para assegurar um atendimento imediato e qualificado.

Na pergunta seguinte, buscou-se levantar **os principais problemas relacionados à Saúde do Trabalhador em cada Regional**, solicitando que, na existência de problemas, fossem apresentadas sugestões para seu enfrentamento ou superação.

A seguir, resgatam-se algumas falas, que expressam, por parte dos entrevistados, os problemas que se apresentam, bem como as suas sugestões:

“Devido ao número reduzido de funcionários em nossa região, alguns funcionários ficam sobrecarregados de trabalho, acumulam funções e vêm as consequências – stress, o problema LER, temos casos em nossa região, e outros”. (N.F.S.)

²⁹ Dados fornecidos por Juçara Maria de Oliveira Bordin, no dia 17 de dezembro de 2002.

“Existem vários tipos de problemas, inclusive dependência química (alcoolismo). Para amenizar o problema de alcoolismo, deveriam ser ministradas palestras para conscientizar as pessoas”. (L.T.M.S.)

“O maior problema é a conscientização quanto aos hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo e alguns problemas de alcoolismo. Palestras. (N.M.L.W.)

“Falta de um(a) assistente social para acompanhar não só o empregado bem como seus dependentes”. (A.S.C.)

“Não há pessoal disponível para acompanhar problemas de saúde de cada trabalhador. Poderiam ser superados com uma Assistente Social na Região ou um funcionário que possa se dedicar aos Programas da CASACARESC”. (M.L.F.S.)

Vários problemas de saúde foram apontados, destacando-se LER (Lesão por Esforço Repetitivo), stress, depressão, problemas de coluna, dependência química (alcoolismo, tabagismo). Apontaram, também, a falta de assistente social, a necessidade de palestras e conscientização em relação à mudança de hábitos alimentares que podem promover a saúde e melhorar a qualidade de vida.

Evidencia-se a necessidade de sistemático trabalho preventivo e verificação das condições de trabalho, que podem estar ocasionando algumas das doenças apontadas, como stress, depressão, problemas de coluna e LER. A verificação dos ambientes de trabalho e a prevenção de doenças do trabalho, de acordo com as Normas Regulamentadoras (NR) do

Ministério do Trabalho, incluem-se nas atribuições da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes).

Cabe, neste momento, apresentar a NR 5, que versa sobre a CIPA³⁰, atribuindo-lhe como objetivo “a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador”. (SEGURANÇA..., 2002, p.59)

A CIPA tem como atribuições, entre outras:

- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de saúde e segurança;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando a identificação de situações que venham a trazer risco para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT (Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho), onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes do trabalho, e propor medidas de solução dos problemas identificados.

Segundo informações fornecidas, pelo Sr. Fernando (Engenheiro de Segurança do Trabalho da Sede Administrativa)³¹, a EPAGRI possui CIPA em Caçador, Florianópolis, Itajaí e Lages. Nas demais regionais, há em cada regional, duas pessoas responsáveis pela Segurança do Trabalho. Segundo informações obtidas em entrevista realizada com Sr. Laércio Torres

³⁰ A CIPA é composta por representantes do empregado e do empregador de um mesmo estabelecimento.

³¹ Informação obtida através de contato telefônico no dia 06 de fevereiro de 2003, às 13 horas e 50 minutos.

(atual Gerente de Recursos Humanos)³², para o ano de 2003, existe uma proposta de acompanhamento em todo o Estado, a ser realizado pelo referido Engenheiro de Segurança do Trabalho da Sede Administrativa da empresa.

Sendo assim, faz-se necessário um estudo aprofundado sobre os problemas de saúde apresentados, verificando-se aqueles que aparecem com mais frequência, buscando identificar as causas, considerando que, para estudar o processo saúde/enfermidade do trabalhador, é preciso levar em conta os condicionantes básicos desse processo, os quais foram apresentados no Capítulo 2 deste trabalho. Sugere-se avaliar os fatores motivacionais, a sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções, que também são fatores desencadeantes de doenças ocupacionais, buscando identificar, analisar os fatores que estão interferindo na saúde dos trabalhadores e elaborar um plano de ação, sistemático e eficaz. Considera-se igualmente importante uma parceria entre os membros da CIPA de Caçador, Florianópolis, Itajaí e Lages os responsáveis pela Segurança do Trabalho nas regionais que não tem CIPA, médico do trabalho e um profissional de Serviço Social.

Existem várias maneiras de realizar um trabalho preventivo, considerando como uma delas, a palestra, sugerida repetidamente, fazendo-se necessário pessoas que assumam a responsabilidade pela organização das mesmas nas regionais. No caso de Florianópolis, conforme anteriormente apresentado, o Serviço Social organiza palestras mensais sobre assuntos diversos. Apresentam-se alguns temas que foram abordados nessas palestras: Stress/Dependência Química, Relacionamento Interpessoal, Alegria de Viver no Trabalho e na Família, Construção da Auto-Estima através da Reeducação Alimentar, Qualidade de Vida no Processo de Envelhecimento, Saúde do Trabalhador- Acidentes e Doenças Relacionadas ao

³² Entrevista realizada no dia 03 de fevereiro de 2003.

Trabalho. Qualidade de Vida – Motivação e Felicidade, entre outros, assuntos que foram apontados, pelos entrevistados, como prioritários para serem abordados.

Na pergunta seguinte, solicitaram-se **sugestões para prevenir problemas de saúde**. As respostas apresentadas apontam para a necessidade de conscientização, palestras, orientação, assistente social nas Regionais. Apresentam-se algumas falas:

“Um trabalho mais forte no sentido de conscientizá-los para uma ação preventiva para uma vida mais saudável”. (J.A.S.)

“Informar os funcionários com prevenir, mostrar casos que já ocorreram com pessoas da mesma função, para que se conscientizem da necessidade de prevenir”. (N.F.S.)

“Uma assistente social que conscientize e motive os trabalhadores à prevenção de doenças”. (M.L.F.S.)

“Maior trabalho preventivo. Hoje não basta encaminhar para médicos, é preciso prevenir, evitar que isto ocorra com tanta frequência”. (N.T.N.S.)

A questão da prevenção aparece novamente e tem-se conhecimento que investir em prevenção é muito mais econômico para a empresa do que financiar os gastos com tratamento médico-hospitalar e arcar com o ônus de afastamentos por doenças.

O Programa de Ginástica na Empresa, realizado na EPAGRI através do SESI, pode trazer importante contribuição na conscientização da necessidade de um estilo de vida mais saudável na prevenção de doenças e promoção da saúde física e mental dos empregados.

A pergunta seguinte foi elaborada para saber **se há algum estudo (levantamento, pesquisa) em relação à saúde** em cada uma das regionais.

A Representante Regional de Itajaí informou que realizou uma quantificação das autorizações para procedimentos UNIMED no ano de 2000, e, dessa maneira, detectou os 3 (três) principais casos de assistência médica. O de São Miguel do Oeste colocou que o SESI, através do Programa de Ginástica na Empresa, fez um pequeno levantamento. Na Regional de Campos Novos, de acordo com o Representante, apesar de não existir um estudo, há “fortes indícios de muitas pessoas com câncer, que, segundo algumas informações, podem estar relacionados com o consumo de carne consumida nessa região (vermelha)”. (J.A.S.) Nas demais regionais, não há nenhum estudo em relação à saúde.

A partir dessas informações, percebe-se a necessidade de um estudo sobre as condições de saúde dos trabalhadores da empresa, pois as informações obtidas através do mesmo possibilitarão traçar um perfil da saúde dos empregados, auxiliando na elaboração de um trabalho preventivo eficaz, apontando possíveis repetições de problemas que aparentam ser casos isolados. Ressalta-se que, para avaliar os avanços obtidos com o trabalho preventivo, torna-se interessante traçar anualmente o perfil de saúde dos empregados.

Na sequência do questionário, elaborou-se uma **lista de serviços**, com um total de 14 itens, solicitando-se aos entrevistados que assinalassem os **oferecidos pela CASACARESC**. Visando analisar o conhecimento dos mesmos em relação aos serviços oferecidos pela CASACARESC, incluíram-se alguns serviços que não são oferecidos. (vide anexo G, pergunta nº5)

Do total dos 12 entrevistados, 2 (16,7%) assinalaram corretamente todos os itens, 6 (50%) obtiveram 92,8% de acerto, 3 (25%) tiveram 85% de acerto e 1 (8,3) assinalou corretamente 78,6% dos itens.

Os dados mostram que os Representantes têm bom grau de conhecimento dos serviços oferecidos pela CASACARESC. Destaca-se que dos 12 representantes, 1 (8,3%) não assinalou convênio médico-hospitalar, a maioria, 8 (66%) não assinalou o item Reabilitação, como sendo um serviço oferecido pela CASACARESC, o que demonstra que, embora esse benefício seja oferecido desde 1998, o representante ainda o desconhece e, portanto, não informa o empregado a respeito do mesmo.

No ano de 1998, em reunião do Conselho de Administração³³, foi decidido oferecer o serviço de reabilitação, que, entretanto, somente foi incorporado ao Estatuto da CASACARESC a partir de 22 de julho de 1999³⁴.

Cabe, neste momento, resgatar do Estatuto da CASACARESC, Capítulo III, art. 17º, a lista dos serviços assegurados aos associados e respectivos dependentes, que são: (CASACARESC, 2002, p.4)

- **Assistência médica e cirúrgica;**
- Serviços complementares de diagnóstico por imagem e laboratorial;
- **Internações hospitalares;**
- Serviços ambulatoriais;
- **Serviços de reabilitação;**
- Serviço odontológico;
- Assistência Social;
- Tratamento de psicose, neurose, doenças mentais e assemelhadas, que exijam psicanálise e qualquer outra forma de psicoterapia;

³³ O Conselho de Administração é composto por 1 representante de cada Administração Regional e 1 representante da Administração Estadual, com igual número de suplentes, todos associados da CASACARESC, podendo ser reeleito somente uma vez. (CASACARESC, 2002, p.8)

³⁴ Informação fornecida pelo Sr. Antônio Theiss, em entrevista realizada no dia 03 de fevereiro de 2003.

- FMAF – Fundo Mútuo de Assistência Financeira;
- Atendimento Médico-Hospitalar fora do Estado de Santa Catarina, mediante autorização expressa da CASACARESC.

O serviço de reabilitação está incluído nos Serviços Complementares de Diagnósticos e Auxiliares, são prestados na rede credenciada pelo FASA (Fundo de Assistência à Saúde), constituindo-se em uma complementação do tratamento prescrito pelo médico. O usuário, de posse da prescrição médica, deverá encaminhar-se para o serviço de reabilitação, assinando, no ato, a “Nota de Serviço”, comprovando a utilização do mesmo. Os serviços de reabilitação cobertos pelo FASA compreendem os tratamentos de origem traumato-ortopédica, neurológica, respiratória, cardíaca, gestacional, entre outros, e as fisioterapias são limitadas a vinte sessões por ano, por modalidade de patologia. (CASACARESC, 2002, p.21-22)

Depois de saber o nível de conhecimento dos entrevistados em relação aos serviços oferecidos pela CASACARESC, buscou-se saber se, **na opinião dos mesmos, os empregados dessas Regionais têm conhecimento dos serviços de saúde que são oferecidos.**

A maioria das respostas evidencia que, na opinião dos entrevistados, os empregados têm conhecimento dos serviços oferecidos pela CASACARESC em relação à questão da saúde. Entretanto, uma Regional respondeu que não há interesse, por parte dos empregados, em conhecerem os serviços, e isso somente ocorre quando há necessidade de utilizá-los. Outro entrevistado afirmou que nem todos os empregados procuram obter informações a respeito.

Resgatam-se algumas falas que mostram **como são repassadas**, aos associados, as informações sobre os serviços da CASACARESC.

“Sim. Devido a várias informações prestadas via representante e fixação de informativos nos murais”. (J.L.V.P.R.)

“Os empregados têm conhecimento dos serviços oferecidos pela CASACARESC. Temos interesse em trazer a administração da CASACARESC p/expor sobre os serviços e convênios firmados. Repassamos todas as informações recebidas da CASACARESC”. (N.F.S.)

“Sim, porque o que eu sei, a informação que chega para mim eu passo para o pessoal”. (N.A.O.L.)

“Sim, porque todas as informações recebidas estão sendo repassadas”. (M.F.T.)

Constata-se que o processo de socialização de informações realizado pelos Representantes, permite que os associados estejam atualizados em relação aos serviços oferecidos pela CASACARESC, reuniões, decisões, alterações e outras informações que se fizerem necessárias.

Dessa maneira, os associados podem avaliar se as suas necessidades e expectativas estão sendo atendidas pela CASACARESC, tendo condições de apresentar sugestões.

A socialização de informações deve ocorrer devido à *necessidade de mantê-los* atualizados com relação aos serviços oferecidos e a forma de fazer uso dos mesmos, independentemente do interesse dos associados, considerando-se que as mesmas são enviadas para os Representantes, que, por sua vez, ficam encarregados de socializá-las. Elas podem ser

divulgadas através de fixação em murais, em reuniões, ou de outra maneira que seja adequada a cada local.

Destaca-se a necessidade de conhecer os serviços oferecidos, independentemente de sua utilização, pois não há previsibilidade de quando o uso dos mesmos será necessário. A divulgação da lista dos serviços oferecidos pela CASACARESC, anexada no contra-cheque dos associados, apresenta-se como uma alternativa de divulgação.

Dando continuidade à pesquisa, procurou-se saber **se novos serviços e benefícios poderiam ser prestados pela CASACARESC**. Dos 12 entrevistados, 3 (25%) não responderam essa questão e 1 (8,3%) disse que “no momento não”.

As demais respostas foram diversificadas, entretanto, percebem-se repetições de sugestões de tratamento com psicólogo, método acupunturista, reembolso de medicamentos e ajuda de custo para óculos e lentes. Foi apresentada preocupação em relação ao aumento da taxa de contribuição, necessidade de maior esclarecimento junto aos usuários do FASESP (Fundo de Assistência dos Dependentes Especiais) sobre o funcionamento do plano, trabalho com aposentados e assistente social na região. Isto poderá ser comprovado através de algumas respostas apresentadas a seguir:

“Há uma grande preocupação por parte dos associados quanto ao aumento da taxa de contribuição. Quando se fala em novos serviços/benefícios, é bem vindo, desde que não se tenha que alterar a taxa de contribuição. Associados deram a sugestão de tirar pagamento de laqueadura/vasectomia e voltar a ajuda de custos p/aviamento de óculos/lentes. Tratamento com método acupunturista. Tratamento com psicólogo.” (N.F.S.)

“Sim. Atendimento psicológico. Muitos empregados poderiam ter uma convivência melhor, tanto no âmbito familiar como no trabalho, se tivessem acesso a um psicólogo proporcionando um desembolso (R\$) menor, pois particularmente os valores cobrados são muito altos”. (N.M.L.W.)

“Sim. Acupuntura e psicólogos. Estes benefícios poderiam ter cobertura maior pela CASACARESC, pois muitos funcionários estão precisando destes serviços. Em função do custo destes serviços muitos deixam de se tratar e, com isto, muitas vezes agrava o estado de saúde. Muitos associados solicitam que haja novamente reembolso de medicamentos, óculos, lentes”. (E.N.)

“Encaminhamento dos funcionários em auxílio-doença – junto ao INSS. Trabalho com aposentados. Treinamentos motivacionais periódicos. Maior assistência aos portadores de necessidades especiais”. (N.T.N.S.)

Neste momento, resgata-se o conceito de saúde, que a OMS estabeleceu em 1948 e que permanece atual: **“Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades”**. Convém, também, apresentar a definição de Psicologia: “Ciência que estuda todas as manifestações da vida **mental** e as leis que regem o procedimento humano no vasto campo dos fenômenos que atingem as criaturas” (PAPE – s.d., p.2545)

O Regulamento do FASA (Fundo de Assistência à Saúde), art 14º(CASACARESC, 2002, p.22) lista os serviços que **não** são assegurados, nem custeados, entre os quais encontram-se o aviamento de óculos e lentes, tratamentos psicológicos, fonoaudiológicos,

psicanálise, sonoterapia ou qualquer outra forma de psicoterapia. O artigo 15º coloca que “O Fundo não concederá reembolso de espécie alguma, em nenhum de seus programas assistenciais, de acordo com a Lei nº9.656, de 03/06/98”. (CASACARESC, 2002, p.22) Em relação à acupuntura³⁵, há cobertura de consulta especializada, entretanto, as sessões do tratamento serão totalmente custeadas pelo associado.

Considerando as respostas apresentadas, o conceito de saúde da OMS e a definição de psicologia, considera-se conveniente uma avaliação da relação custo x benefício de alguns serviços que não são oferecidos e que podem colaborar na qualidade de vida dos associados e dependentes.

Levando-se em conta que o associado tem acesso à consulta médica, mas pode ter dificuldades ou não conseguir realizar o tratamento indicado, devido a condições financeiras que o impedem de incluir esse gasto no orçamento, para o reembolso de medicamentos e ajuda de custos para a confecção de óculos e lentes, considera-se viável buscar parceria com a empresa, na concessão desse benefício social, utilizando-se do princípio da mútua responsabilidade, apresentado por Chiavenato (1998, p.101), que diz:

O custeio dos benefícios sociais deve ser de mútua responsabilidade, isto é, os custos dos benefícios devem ser compartilhados entre a organização e os empregados beneficiados. [...] Uma relação humana mais profunda pode ser mantida somente quando ambas as partes são capazes de fazer mais do que os requisitos mínimos exigidos. A mútua responsabilidade é a característica de pessoas que cooperam entre si para promover um mútuo propósito de grupo.

Seguindo o roteiro de perguntas, procurou-se saber **qual o procedimento realizado quando um empregado precisa fazer tratamento médico em Florianópolis**, levando-se em conta que algumas especialidades médicas e exames de alta complexidade só se encontram disponíveis em centros maiores.

³⁵ Informação fornecida por Juçara Maria de Oliveira Bordin, através de contato telefônico, no dia 20 de janeiro de 2003, às 15 horas e 20 minutos.

Do total dos 12 entrevistados, 11 (91,7%) colocaram que fazem contato com o Serviço Social da sede administrativa, a assistente social orienta, realiza os encaminhamentos e assiste o empregado durante o período de tempo que se fizer necessário.

Apresenta-se a resposta da Regional de Canoinhas, que foi a única exceção:

“Devido à distância da Região de Canoinhas à capital, os associados tem bastante dificuldades para deslocamento. Os associados se deslocam a Curitiba – PR centro mais próximo para tratamento. Os funcionários encaminham seus familiares e retornam para o trabalho durante o dia”.

Essas respostas mostram o reconhecimento do trabalho do Serviço Social, a importância do suporte dado pelo setor aos empregados ou familiares que necessitam sair de seu domicílio para realizar tratamento de saúde na capital do Estado. Salienta-se que essas ações fazem parte da rotina de trabalho da assistente social da EPAGRI e são disponibilizadas, também, para os empregados de Florianópolis. O Serviço Social toma as providências necessárias para que o usuário se sinta seguro e confiante, sabendo que tem total apoio da assistente social.

Nesses casos a Assistente Social procede orientações, encaminhamentos, marcação de consultas e/ou exames médicos, acompanhamento médico (quando solicitado pelo usuário), realiza visitas hospitalares, quando necessário. Destaca-se que o desenvolvimento dessas atividades requer significativo gasto de tempo, considerando-se que as marcações de consultas são realizadas pelo telefone, durante o horário comercial, período de intenso uso da telefonia, dificultando a agilização do processo. As orientações e encaminhamentos, em alguns casos, dependem de informações e serviços de outros setores da empresa e/ou outras instituições.

Para o acompanhamento médico e a realização de visitas hospitalares, é preciso considerar o tempo gasto para deslocamento, sendo que o fato de ter um motorista à disposição do setor facilita a realização dessas atividades.

Considera-se importante que o setor continue sendo campo de estágio para estudantes de Serviço Social, que poderá contribuir para o desenvolvimento das atividades, tendo condições de realizar orientações, encaminhamentos, contatos, acompanhamento médico, possibilitando o aprendizado da prática profissional e troca de conhecimentos entre o acadêmico e a assistente social.

Dando continuidade, solicitou-se que os entrevistados **avaliassem o desenvolvimento dos serviços voltados à saúde nos últimos 5 (cinco) anos.**

Apenas a regional de Joinville não respondeu a essa questão. As demais respostas apontam para melhoria dos serviços, sendo que dois entrevistados associam essa melhoria à criação do FAMH (Fundo de Assistência Médico-Hospitalar) e do FASESP (Fundo de Assistência dos Dependentes Especiais).

Resgatam-se, neste momento, os objetivos do FAMH e do FASESP.

O FAMH tem como objetivo cobrir todas as despesas médico-hospitalares (internações hospitalares), definidos no FASA (Fundo de Assistência à Saúde) e tratamentos de quimioterapia, radioterapia, pequenas cirurgias e tratamentos ambulatoriais, bem como exames de valor igual ou superior a 1900 CH (Coeficiente de honorários médicos).

O FASESP tem por objetivo cobrir 100% das despesas com exames laboratoriais/clínicos e médico-hospitalares (internações hospitalares) e 70% das consultas médicas (os 30% restantes são cobrados do associado titular) dos dependentes especiais.

Resgatam-se algumas respostas, que também apontam para melhoria, porém com ressalvas:

“Bom. A nossa região não tem recebido o atendimento adequado ou necessário, devido à distância da sede e distante de melhores recursos”. (N.F.S.)

“Tivemos avanços e também alguns retrocessos. No caso da limitação das sessões de fisioterapia, considero como um grande retrocesso”. (N.M.L.W.)

“Vem melhorando a cada ano, com algumas exceções”. (M.L.F.S.)

Para esclarecer, apresenta-se do Regulamento do FASA, o art. 13º, item 3.4, segundo o qual “As fisioterapias serão limitadas a 20 (vinte) sessões por ano, por modalidade de patologia”. (CASACARESC, 2002, p.22)

Considera-se conveniente uma pesquisa de nível de satisfação junto ao universo total dos usuários, para saber a sua opinião sobre o desenvolvimento dos serviços oferecidos pela CASACARESC, possibilitando conhecer, na opinião dos mesmos, os avanços e possíveis retrocessos. O resultado poderá mostrar a necessidade ou não de reavaliar alguns itens do Estatuto.

Considerando o atual nível da evolução tecnológica, a rapidez cada vez maior com que as informações chegam de um lado a outro do mundo e a comunicação que as pessoas e organizações estabelecem entre si através da Internet, torna-se conveniente saber os motivos pelos quais a distância da Regional de Canoinhas em relação à Sede, faz com que a mesma não receba “atendimento adequado ou necessário”.

Na pergunta seguinte, procurou-se saber dos entrevistados **qual a contribuição do Serviço Social para garantia de acesso aos direitos e/ou serviços voltados à saúde na EPAGRI**. Apenas um entrevistado não respondeu a essa questão. Seguem algumas falas:

“O Serviço Social dentro da Epagri, é de grande relevância, pois tem dado total apoio aos empregados que enfrentam problemas, tanto de saúde como de outros encaminhamentos”. (N.M.L.W.)

“Orientando, esclarecendo e encaminhando os associados que procuram apoio”. (E.N.)

“A contribuição do Serviço Social tem sido imprescindível”. (M.F.T.)

“O serviço social deve ser extensivo também ao interior do Estado”. (A.S.C.)

É oportuno esclarecer que, conforme anteriormente apresentado, o setor de Serviço Social disponibiliza seus serviços para todos os empregados da EPAGRI e familiares, independente de serem ou não associados da CASACARESC.

As respostas apresentadas mostram a relevância do Serviço Social na EPAGRI, que com seus conhecimentos específicos e instrumental técnico-operativo, procede orientações e encaminhamentos necessários para assegurar aos usuários o acesso aos seus direitos. Viabilizar o acesso aos direitos é uma das atribuições do Assistente Social, na contribuição para o exercício da cidadania.

Prosseguindo a pesquisa, indagou-se sobre **a existência de comunicação entre os representantes da CASACARESC e o Serviço Social, como ocorre e em quais**

circunstâncias. Apenas um entrevistado não respondeu a essa pergunta. Apresentam-se algumas falas:

“Sim. O contato é feito por telefone e também pessoalmente, quando necessitamos da valiosa colaboração do serviço social”. (L.T.M.S.)

“Sim. Ocorre de acordo com a necessidade e nas circunstâncias de cada ocorrência”. (J.L.V.P.R.)

“Na sede o trabalho é paralelo, para nós do interior é quando há necessidade do encaminhamento dos empregados doentes para fazer tratamento em Fpolis”. (A.S.C.)

“Sim, ocorre por meio de telefone e sempre que ocorre uma eventualidade. Algo que exija mais atenção”. (M.F.T.)

“Sim, ocorre quando a gente precisa encaminhar alguém para Florianópolis, ou quando temos dúvidas a gente entra em contato”. (N.A.O.L.)

Observa-se que a comunicação ocorre quando há necessidade de algum esclarecimento ou encaminhamento. Tendo em vista que, conforme anteriormente apresentado, a operacionalização das atividades voltadas à Saúde do Trabalhador são realizadas através de um trabalho conjunto desenvolvido pelo Serviço Social e a CASACARESC, faz-se necessário haver uma comunicação sistemática entre ambos, não somente em casos de necessidade, mas

procurando criar alternativas de prevenção, promoção de saúde, avaliação do nível de satisfação dos usuários, entre outros.

As respostas indicam que o meio de comunicação mais utilizado é o telefone. Contudo, para viabilizar um contato mais freqüente, o uso da Intranet (rede de comunicação interna da empresa) apresenta-se como alternativa rápida, segura e econômica.

Seguindo o roteiro de perguntas, questionou-se aos entrevistados **qual a contribuição que o Serviço Social poderia dar para a promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores da EPAGRI.**

Do total dos 12 entrevistados, apenas 2 (16,6%) não responderam a essa pergunta. Os demais apontaram para a necessidade de um trabalho preventivo, palestras, assistentes sociais nas regiões, conforme mostram algumas respostas a seguir:

“Que tenha uma assistente social em cada regional da EPAGRI. Acompanhamento”.
(A.S.C.)

“Realizar reuniões durante o ano de prevenção com palestras de diversas áreas da saúde”. (M.L.F.S.)

“Ter conhecimento dos casos existentes na região (talvez participar reunião da região). Após planejar palestras junto aos associados, de acordo com a necessidade”. (E.N.)

“A contribuição do Serviço Social já tem sido bastante grande. O que falta são profissionais na área para atingir os municípios do interior” (M.F.T.)

“Eu acho que nas regiões deveria ter um assistente social no mínimo umas três vezes no ano, para conversar com os funcionários apresentar o serviço que é feito para incentivar mais os funcionários”. (N.A.O.L.)

As respostas apontam para a necessidade de acompanhamento, conhecimento mais específico dos problemas de cada região, para a divulgação do trabalho realizado pelo Serviço Social, e novamente para a existência do profissional de Serviço Social nas regionais.

O acompanhamento e conhecimento dos problemas nas regionais requer profissionais nos respectivos locais, haja vista que as particularidades de cada região também podem ter influência na saúde dos trabalhadores. Para a divulgação do trabalho realizado pelo Serviço Social, apresenta-se, como alternativa, a elaboração pela assistente social, de uma cartilha que apresente a finalidade, a abrangência, os objetivos, atribuições do Assistente Social e os programas desenvolvidos, distribuindo-a para todos os empregados da empresa.

Constata-se repetidamente a solicitação de profissionais de Serviço Social nas regionais e realização de trabalho preventivo. Para que os programas e atividades desenvolvidas pelo Serviço Social possam ser estendidos a todo o Estado com mais qualidade e eficácia, torna-se premente a ampliação do quadro de profissionais de Serviço Social e descentralização das ações. Salienta-se que, na descentralização, faz-se necessário permanente intercâmbio de informações, padronização das ações desenvolvidas, para não perder a visão global da demanda da empresa, que é importante na identificação das demandas mais prementes e formulação de programas e projetos que venham a atendê-las.

Verifica-se uma sobrecarga de trabalho para a atual assistente social da empresa, fator que pode desencadear doenças ocupacionais. A ampliação do quadro funcional trará benefícios para os usuários do Serviço Social e para a empresa, possibilitando um atendimento

mais sistemático junto às Regionais, diversificação dos programas desenvolvidos, troca de idéias entre profissionais da mesma área, enriquecendo o atendimento, oportunizando a divisão de tarefas, entre outros.

Para finalizar a pesquisa, solicitou-se, aos entrevistados, que apresentassem sugestões sobre o que existe ou pode ser criado, visando à promoção e o atendimento à saúde do trabalhador no âmbito da EPAGRI, CASACARESC, Serviço Social, Sindicato.

Essa pergunta não foi respondida por 4 (33,3%) dos entrevistados. Resgatam-se algumas respostas, que foram detalhadas:

“Pelo número de empregados titulares e dependentes, a nível de Estado, sugerimos que se possível pelo menos que em cada dois regionais houvesse uma assistente social, para aliviar a sobrecarga atual somente com 01 pessoa para o estado.” (J.L.V.P.R.)

“Âmbito da Epagri – temos problemas de sobrecarga de trabalho com alguns funcionários, isso causa stress, funcionário com problema LER. Há necessidade de um levantamento e acompanhamento. Que o médico da empresa (medicina do trabalho) na ocasião das consultas nas Regionais, encaminhe os funcionários com problemas para especialistas e continue acompanhando, os casos registrados. Da CASACARESC – Esperamos que a CASACARESC autorize os associados da nossa Região a utilizarem serviços e credenciados do Paraná. Isso facilita muito aos funcionários devido à distância / tempo, podendo conciliar com o trabalho e menor custo em viagem. Enviar aos representantes listas de serviços / profissionais credenciados, das regiões mais próximas. Gostaríamos também de receber informativos da UNIMED. Assuntos que poderemos repassar para os associados. Associados tem solicitado tratamento com método acupunturista e tratamento com

psicólogos. Ressaltamos que há uma grande preocupação quando se fala em ampliar / criar, devido à custos, não foi bem aceito o aumento na taxa de contribuição. Esperamos contar com a compreensão da Diretoria e Administração, com referência a contribuição mensal, percentuais alteram p/ mais ou p/ menos, iniciamos alternando no valor máximo, isto preocupa os associados, recebi muitos telefonemas, e críticas (CASACARESC está querendo se igualar a um plano particular, pelo número de funcionários deveríamos ter um custo menor c/ plano de saúde). Os aposentados, principalmente os que não tem CERES. Solicitamos à CASACARESC, c/ referência a taxa de contribuição, fazer um levantamento da situação dos funcionários. Sindicato – Informar sobre os direitos para garantia de acesso aos serviços voltados à saúde na Epagri” (N.F.S.)

“Tanto a CASACARESC, Serviço Social, Sindicatos, associações, juntamente com a Epagri deveriam viabilizar mais palestras de conscientização quanto aos cuidados com a saúde, higiene, relações humanas, entre outros assuntos de interesse dos empregados”. (N.M.L.W.)

“Um bom trabalho motivacional e de desenvolvimento pessoal; qualidade total. Maior assistência aos afastados (por doença, aposentadoria) e portadores de deficiência física”. (N.T.N.S.)

Observa-se a indicação para trabalho motivacional, qualidade total. Conforme apresentado no Capítulo 2, página 49, deste trabalho, a motivação e a Qualidade de Vida no Trabalho, fazem parte da Qualidade Total, e são programas que podem ter a colaboração de

engenheiros, enfermeiros, médicos, técnicos de segurança, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos e outros profissionais de áreas afins.

Conforme foi anteriormente apresentado, na Sede Administrativa, mensalmente, são realizadas palestras sobre diversos temas, e considerando que a EPAGRI tem um setor de TV e Vídeo, estas poderiam ser gravadas, distribuídas para as regionais, viabilizando a todos os empregados o acesso às informações que são repassadas nessas palestras, possibilitando a formação de um acervo de vídeos muito interessantes, que, em conjunto com outros vídeos poderiam compor uma videoteca para promoção da saúde integral. Ressalta-se que essa sugestão não exime a necessidade de palestras nas regionais, pois a presença nas mesmas possibilita questionamentos, esclarecimento de dúvidas, integração dos participantes e desenvolvimento pessoal e social.

A seguir, apresentam-se as considerações finais e propostas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS

O sistema de saúde, no Brasil, foi marcado por constantes alterações que acompanharam as transformações e mudanças econômicas, sócio culturais e políticas, ocorridas ao longo dos anos. Entretanto, a partir da década de 80, houve vários e significativos avanços na política de saúde no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que universalizou o acesso à saúde, ou seja, assegurou a todos os cidadãos acesso gratuito à saúde, independentemente de contribuição.

Apesar desse direito estar constitucionalmente assegurado, constata-se, no caso do Brasil, a existência de muitas dificuldades para acesso à saúde. Os meios de comunicação mostram diariamente a precariedade do sistema de saúde brasileiro, evidenciada através das imensas filas, equipamentos sucateados, instalações físicas precárias e vários outros problemas observáveis no nosso cotidiano. Apesar das condições de saúde do povo de uma nação indicarem o nível de desenvolvimento da mesma, observa-se, no Brasil, um descompromisso por parte dos detentores do poder em relação à saúde, além da má aplicação dos recursos a ela destinados.

Em relação à Saúde do Trabalhador, apesar das relações entre trabalho e saúde serem conhecidas desde a antiguidade, e a publicação de obras sobre o tema ter se iniciado no século XVI, com a publicação, em 1556, da obra de Giorg Bauer "De Re Metallica", a preocupação com a Saúde do Trabalhador, aumenta após o início da industrialização, levando à aprovação, em 1802, da primeira lei de proteção aos trabalhadores. Em 1844, na Alemanha, começaram a surgir as primeiras leis de acidente de trabalho, entretanto, estas chegaram ao Brasil somente em 1919 e a partir de então, ocorreram muitos avanços.

Ao longo dos anos, foram realizados vários eventos sobre a questão da Saúde do Trabalhador, mas pode-se considerar a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, um importante evento para o avanço da questão da Saúde dos Trabalhadores, pois foi a partir desse encontro que surgiu a idéia de promover, através de um grupo de técnicos da área, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. A partir da Constituição Federal de 1988, a Saúde dos Trabalhadores foi introduzida no ordenamento jurídico nacional.

A Saúde do Trabalhador é um dos fatores de qualidade de vida, e as empresas, preocupadas com o bem-estar de seus empregados, passam a investir na promoção da saúde das mais variadas maneiras.

No caso específico da EPAGRI, observa-se que são disponibilizados serviços que buscam assegurar o bem-estar bio-psíquico-social de seus empregados e familiares. O Serviço Social da empresa e a CASACARESC realizam um trabalho conjunto, para a promoção e recuperação da Saúde dos Trabalhadores, processo que se aperfeiçoa constantemente, procurando qualificar e aprimorar as atividades realizadas.

Através da pesquisa realizada junto aos Representantes da CASACARESC, constatou-se que os mesmos, em sua maioria, são profissionais de Recursos Humanos, procedentes das empresas antecessoras da EPAGRI, portanto, vivenciaram o processo de fusão pesquisa agrícola e extensão rural, acompanharam a questão da Saúde do Trabalhador no âmbito da empresa, sendo os responsáveis pelo processo de socialização das informações relativas à CASACARESC.

Considerando o pequeno percentual (5%) dos empregados da EPAGRI que não são associados da CASACARESC, seria importante identificar o meio que utilizam para acesso a tratamentos médicos, bem como as razões que os levaram a não se associarem à mesma. Tendo sido o FASA (Fundo de Assistência à Saúde) e o FAMH (Fundo de Assistência

Médico-Hospitalar) apontados como os mais utilizados entre os Fundos oferecidos pela CASCARESC, torna-se fundamental que o Estado invista no sistema brasileiro de saúde pública, assegurando o acesso gratuito à saúde, conforme consta na Constituição Federal de 1988. Porém, é preciso que sejam oferecidos serviços de qualidade, quantidade suficiente de profissionais qualificados e que disponham de instalações apropriadas, equipamentos modernos, e remuneração digna.

Os problemas de saúde apontados pelos entrevistados mostram a necessidade de verificação das condições de trabalho, estudo aprofundado das condições de saúde dos trabalhadores da EPAGRI, traçando o perfil de saúde dos mesmos, bem como a realização de um sistemático trabalho preventivo. Considera-se que essas atividades podem ser realizadas através de uma parceria entre os membros da CIPA, o Serviço Social e a CASACARESC.

A segurança dos trabalhadores fica a cargo da CIPA, que atualmente existe em Florianópolis, Caçador, Itajaí e Lages. Considerando a necessidade da realização de trabalho preventivo junto aos empregados, e a indicação de doenças ocupacionais relatada por alguns entrevistados, seria importante a instalação de CIPA em todas as regionais, possibilitando um trabalho mais sistemático e adequado à realidade de cada região.

Considera-se oportuno que a CASACARESC realize uma pesquisa quanto ao nível de satisfação de seus associados, levantamento sócio-econômico dos mesmos, que avalie a relação custo-benefício de alguns serviços não oferecidos e que podem colaborar na qualidade de vida de seus associados e dependentes.

A prevenção é fundamental para a promoção da saúde, e pode ser realizada através de mensagens enviadas pela Intranet (rede de comunicação interna da empresa), fixação de cartazes em murais de fácil visualização, realização de palestras nas Regionais, confecção de cartilhas sobre diversos assuntos, como por exemplo, dependência química, hábitos de vida

saudável, prevenção de acidentes, entre outros. A elaboração das cartilhas pode contar com a colaboração do médico da empresa, Serviço Social, membros da CIPA, representantes da CASACARESC, poderão ser impressas na gráfica da empresa, e distribuídas a todos os empregados. Investir em prevenção contribui para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores

Ficou evidente a relevância do Serviço Social na EPAGRI, a importância das ações que vêm sendo realizadas junto aos empregados e familiares, mostrando-se necessária a ampliação do quadro funcional do setor, trazendo entre outras vantagens, atendimento sistemático nas Regionais e diversificação dos programas. Considera-se importante que o Serviço Social da EPAGRI procure conhecer o que vem sendo desenvolvido em outras empresas do Brasil, as tendências que se apresentam, buscando inovações, implantação de outros programas, e esses contatos podem ser estabelecidos através da Internet.

A elaboração desta monografia propiciou a ampliação do conhecimento em relação à Saúde do Trabalhador, tema no qual tenho muito interesse, servindo de subsídio para futuras pesquisas. Ressalta-se que os entrevistados receberão uma carta de agradecimento (vide anexo L) pela sua valiosa colaboração na pesquisa, oportunidade em que serão avisados de que a cópia deste trabalho monográfico estará disponível no setor de Serviço Social da EPAGRI.

Para finalizar, este Trabalho de Conclusão de Curso, como já mencionado anteriormente, é resultante da experiência de estágio realizada no Serviço Social da Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI), que, sem dúvida, proporcionou um grande amadurecimento profissional. Espera-se que o mesmo possa contribuir para todos os interessados pela Saúde dos Trabalhadores, lembrando que o assunto não se esgotou e que esta monografia é mais uma etapa na busca e sistematização do conhecimento e aprimoramento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A PROBLEMÁTICA da Saúde do Trabalhador. Disponível em: <http://www.estudmed.com/trabalhos> Acesso em: 25 set. 2002 e 05 out. 2002

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A; CORDONI JÚNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL – ABRASCO, 2001

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social – intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras. 2000

BARROS, Vera Lúcia de; FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli. **Análise do Discurso Oficial sobre a Saúde do Trabalhador no Período de 1974 à 1986 no Brasil**. Rio de Janeiro, 58 p. Trabalho não publicado.

BENGHI, Darli. **A Valorização do Trabalho como Fator de Transformação do Homem**. 1985. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 27 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde do Trabalhador: legislação/Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BUHR, Ângela. **A Necessidade de Um Novo Agir Profissional: Um Desafio ao Serviço Social do DER/SC**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CAMPOS, Cristiane Coelho. **O Estresse Profissional e Suas Implicações na Qualidade de Vida no Trabalho dos Bombeiros Militares de Florianópolis**. 1999. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CASACARESC - Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da Associação de Crédito e Assistência Rural de Santa Catarina. **Estatuto**. Florianópolis, 1999.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos na Empresa**. São Paulo: Atlas, 1999.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999.

CORRÊA, Maria Cecília. **Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho – Possibilidades e Limites: uma experiência de estágio no Hospital Infantil Joana de Gusmão**. 1993. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

COSTA, M.R: et al. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Vol. II. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social – **Coletânea de Leis**. 2 ed. Gestão 1999/2002. Santa Catarina, 2001.

EPAGRI – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina. **Regimento Interno**. Florianópolis, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O Trabalho da Política: Saúde e Segurança dos Trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Saber Profissional e Poder Institucional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1993.

FAPER – **Proposta para Implantação do Serviço Social na Epagri**. 1995. Não Paginado.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FRIEDMAN, Georges. **O Trabalho em Migalhas**. São Paulo: Perspectiva, 1983.

FRITSCH, Rosângela; ROCHA, Cleonice Silveira da. **Qualidade de Vida no Trabalho e Ergonomia: conceitos e práticas complementares**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2002.

GIRARDI, Dante. **Evolução Histórica da Administração de Recursos Humanos no Brasil**. Universidade Federal de Santa Catarina. [2002?]

GOMEZ, Carlos Minayo, FONSECA, Sonia Maria da, COSTA, Thedim. **A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador**. Cadernos de Saúde Pública, vol 13, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 25 set. 2002 Não paginado.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **A Empresa e a Saúde do Trabalhador**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1988.

_____. (Coordenador). **Administração de Saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1989.

GROTT, João Manoel e NETO, Arnor Lima. **Meio Ambiente de Trabalho e Tutela da Saúde dos Trabalhadores sob a Perspectiva Tributária** – Revista CIPA, São Paulo, ano XXIII, n. 269, p. 27-53, 2002

GRUNSPUN, Haim. **Mediação Familiar**. São Paulo: LTR, 2000.

HOLANDA, Maria Norma Alcântara Brandão de. **O Trabalho em Sentido Ontológico para Marx e Lukács: algumas considerações sobre trabalho e Serviço Social**. In: Serviço Social e Sociedade. n° 69. São Paulo: Cortez, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.

JACQUES, Graziela. **Saúde x Trabalho: alguns elementos da relação**. 1999. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

JOOS, Marilyn; PEREIRA, Sílvia do Valle. **Assessoria –Inovações e Avanços da Prática do Serviço Social**. Porto Alegre: Dacasa, 1998.

KAUFMANN, Josef Nicolas. **Turbulências no Mundo do Trabalho. Quais são as perspectivas?** In: Serviço Social e Sociedade. n° 69. São Paulo: Cortez, 2002.

KIRCHOFF, Ana Lúcia Cardoso. **Tendências Temáticas sobre a Relação Trabalho e Saúde: a contribuição dos estudos acadêmicos brasileiros (1990-1994)**. 1997. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KRAWULSKI, Edite. **Evolução do Conceito de Trabalho através da História e sua Percepção pelo Trabalhador de Hoje**. 1991. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios**. Cadernos de Saúde Pública, vol 13, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 25 set. 2002

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEITE, Rogério Aparecido. **A importância do RH dentro de uma organização**. Disponível em <http://www.rh.com.br/ler.php?cod=3262>. Acesso em: 11 abr.2002.

MACHADO, Lindomar Oscar. **O Serviço Social**. Florianópolis: Epagri, 1997. Não Paginado.

MARTINS, Milton. **Sindicalismo e Relações Trabalhistas**. 4. ed. São Paulo: LTr, 1995.

MENEGASSO, Maria Éster. **O Trabalho, a Ocupação e o Emprego: uma perspectiva histórica**. In: Revista de Negócios. Blumenau: FURB. mar/abr, 2000.

MENNA, Flávia Regina Garnesky. **Inovações Gerenciais e Qualidade de Vida no Trabalho: a realidade da Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina – EPAGRI**. 1998. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1995

MORO, Francisco Baptista. **Investigação do Efeito de Características Individuais na Organização: uma abordagem sistêmica**. 1997. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MOTA, Ana Elisabete. **A Nova Fábrica de Consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **O Feitiço da Ajuda: as determinações do Serviço social nas empresas**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

NETO, Eleutério Rodriguez. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

NIERO, Edna Maria. **O Ambulatório de Saúde do Trabalhador em Florianópolis – SC: um espaço de resistência no atendimento ao trabalhador acidentado e/ou doente em função do trabalho**. 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

NORONHA, José Carvalho de e LEVCOVITZ, Eduardo. **AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito a saúde**. In: Saúde e Sociedade no Brasil – Anos 80. In: Guimarães, R. e Tavares, R. (Org). Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABRASCO, 1995. p. 72-111

OLINGER, Glauco. **Extensão Rural: verdades e novidades**. Florianópolis: EPAGRI, 1998.

OLIVEIRA, João Cândido. **Compreensão e Equívocos**. Revista Proteção, Rio Grande do Sul, ano XIV, nº 114, p.53-63, 2001.

PAPE – **Programa Auxiliar de Pesquisa Estudantil** – São Paulo: DCL, s.d. – Vol. VII

PICALUGA, Izabel F. **Saúde e Trabalho**. In: Saúde e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1982.

PIZZOL, Alcebir Dal; SILVA, Simone Regina Medeiros da. **O Serviço Social no Poder Judiciário de Santa Catarina**. In: SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça. **O Serviço Social no Poder Judiciário: construindo indicativos/organização de Assessoria Psicossocial**. Florianópolis: Divisão de Artes Gráficas, 2001.

REIS, Rosana Silveira. **Valores Organizacionais e Políticas de Recursos Humanos: uma dimensão interativa**. 2000. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, Lucy Woellner. **A Fusão Pesquisa Agrícola – Extensão Rural em Santa Catarina**. 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção e Sistemas), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SAÚDE e Trabalho no Mercosul. Disponível em <http://www.instcut.org.br/Merccsul.htm>. Acesso em: 06 de nov. 2002.

SEGURANÇA e Medicina do Trabalho. **Lei nº 6.514**. 48 ed. São Paulo: Atlas, 20

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, Clédia Ivaldete. **“Como cuidar daqueles que cuidam” Uma proposta de intervenção do Serviço Social no questão dos acidentes de trabalho no Hospital Infantil Joana de Gusmão**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Previdência Social: um direito conquistado**. Sintsprev – MA. CUT, 1995

TENÓRIO, Fernando G. (org). **Gestão de ONG's**. 3 ed. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

TOMAZ, Daiane Hugen. **O Serviço Social na Epagri: a experiência do programa de preparação para a aposentadoria**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

VEZZULA, Juan Carlos. **Teoria e Prática da Mediação**. Curitiba: IMAB, 1998.

VIEIRA, Balbina Ottoni. **Metodologia do Serviço Social**. Rio de Janeiro: Agir, 1985.

ANEXOS

ANEXO A

Preâmbulo da Carta das Nações Unidas

PREÂMBULO DA CARTA DAS NAÇÕES UNIDAS

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz do mundo:

Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos do homem resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os homens gozem de liberdade de palavra, de crença e da liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do homem comum;

Considerando ser essencial que os direitos do homem sejam protegidos pelo império da lei, para que o homem não seja compelido, como último recurso, à rebelião contra a tirania e a opressão;

Considerando ser essencial promover o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações;

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos do homem e da mulher, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla;

Considerando que os Estados-Membros se comprometeram a promover, em cooperação com as Nações Unidas, o respeito universal aos direitos e liberdades fundamentais do homem e a observância desses direitos e liberdades;

Considerando que uma compreensão comum desses direitos e liberdades é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso

ANEXO B

Lei Orgânica da Saúde – nº 8.080/90

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE - Nº 8.080/90

DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES - TÍTULO II, CAP. I, ART. 6º, Parágrafo 3º:

“Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, de estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentam riscos à saúde dos trabalhadores;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e à empresas, sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

ANEXO C

Portaria que cria o Programa de Saúde do Trabalhador em Santa Catarina

SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ASSUNTOS AMBULATORIAIS
PORTARIA SES/DIAA Nº 001/93

CRIA E NORMATIZA O PROGRAMA DE
SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO
DE SANTA CATARINA

O Secretário de Estado da Saúde no uso das suas atribuições e considerando:

- A competência do SUS com relação à Saúde do trabalhador definida nos novos textos constitucionais federal e estadual em seus artigos 200, item II e 153;
- O artigo 194, parágrafo único, item II da Constituição Federal que prescreve a uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais;
- A resolução CIPLAN no 08/89 notadamente nos itens 1, 2, 3 e 4;
- E considerando ainda a necessidade da normatização dos procedimentos de atendimento do trabalhador visando integração entre as ações preventivas e assistenciais

Resolve:

1. Revogar as portarias SES nº 044/89 de 06/12/89, 045/89 de 05/12/89 e 046/89 de 06/12/89 referente à formação de grupos de trabalhos, constituição de programa e de Comissão Especial de estudos de Saúde do Trabalhador;
2. Constituir Programa de Saúde do Trabalhador (PROSAT), subordinado à Diretoria de Assuntos Ambulatoriais (DIAA), nos termos desta Portaria.
3. Definir a implantação de um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador Estadual (CRST), localizado em Florianópolis e uma rede de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais, com distribuição a ser definida pelo Programa;
4. Os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais e Estaduais (CRST'S) compõem o nível secundário da rede do Sistema Único de Saúde Estadual (SUS), conforme definido em legislação específica;
5. O quadro de pessoal e recursos materiais necessários ao funcionamento dos CRST'S serão providos pelo SUS e por outros órgãos governamentais responsáveis pela saúde do trabalhador, em seus diferentes aspectos;

PARÁGRAFO ÚNICO: Caberá a cada município definir a necessidade ou não de criação de Subnucleos de Saúde do Trabalhador com base em suas características demográficas econômicas e produtivas.

7. Ao Programa de Saúde do Trabalhador a Nível Estadual compete:

7.1. Programar, coordenar e avaliar as ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador;

7.2. Elaborar normas técnicas fixando diretrizes e estabelecendo padrões de qualidade para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador;

7.3. Promover a articulação interinstitucional, visando a integração das atividades desenvolvidas pelos diferentes organismos, governamentais ou não, envolvidos com a saúde do trabalhador;

7.4. Implantar um sistema de registro de informações e fluxograma das ações relativas à saúde do trabalhador na rede de serviços do SUS, de forma articulada com outros organismos governamentais, empresas e entidades sindicais;

7.5. Integrar as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica ao sistema de registro de informações viabilizando a análise epidemiológica dos dados obtidos a partir de notificações de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, instrumentalizando as ações de vigilância sanitária;

7.6. Diagnosticar, através de pesquisa operacional os problemas relacionados com a saúde do trabalhador, identificando a incidência e prevalência por microregião e propondo medidas de prevenção;

7.7. Promover, organizar e participar de ações educativas relacionadas a saúde do trabalhador dirigidas a:

- formação, capacitação e reciclagem de recursos humanos da rede do SUS;
- capacitação de sindicalistas e componentes das CIPAS;
- conscientização do empresariado;
- orientação dos trabalhadores quanto aos riscos do processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam à saúde.

7.8. Promover e/ou participar em estudos, pesquisas e avaliações de riscos e agravos à Saúde do Trabalhador existentes no processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

7.9. Formalizar, através de convênios, a integração das ações de Vigilância Sanitária do SUS com a de outros organismos governamentais responsáveis por ações de fiscalização

a dotação de recursos humanos e materiais;

7.16. Desenvolver outras atividades relacionadas com o controle das doenças profissionais e do trabalho, acidentes do trabalho e outras de interesse da área de saúde do trabalhador;

7.17. Avaliar a necessidade e adequação ou não de compra de serviços de rede privada de saúde, enquanto ação complementar à capacidade instalada da rede pública;

7.18. Elaborar e firmar convênios com instituições e organismos governamentais ou não, definindo especificamente atribuições e competências de cada uma das mesmas no desenvolvimento das ações do Programa de Saúde do Trabalhador.

8. Ao Centro de Referência de Saúde do Trabalhador compete:

8.1. Desenvolver atividades de Vigilância Epidemiológica, de forma articulada com o INSS, mediante convênio, a partir da tabulação e análise dos dados obtidos das Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT) e de investigações epidemiológicas de situações de risco à saúde do trabalhador;

8.2. Desenvolver atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de locais de trabalho, de forma articulada com a DRT e FUNDACENTRO, mediante convênio, relacionadas a ocorrência de acidentes de trabalho fatais ou graves, a partir de denúncias sindicais, a partir de critérios epidemiológicos, e com o objetivo de investigar relações de causalidade entre processos morbidos e condições e ambiente de trabalho, garantindo o convite formal à participação nas mesmas, da respectiva entidade sindical;

8.3. Supervisionar e complementar, quando necessário, a assistência médico-odontológica prestada a trabalhadores acidentados;

8.4. Investigar a relação entre processo morbido e condições de trabalho em trabalhadores com suspeita de doença ocupacional ou do trabalho, encaminhados pela rede de saúde, pelos serviços médicos das empresas, pelos sindicatos dos trabalhadores; em trabalhadores identificados em perícias de locais de trabalho como estando submetidos a condições inadequadas de trabalho ou por critérios epidemiológicos de risco;

8.5. Desenvolver atividades educacionais na área de saúde do trabalhador com a finalidade de:

- capacitar o quadro de pessoal na rede do SUS, em todos os seus níveis;
- capacitar dirigentes sindicais e cipeiros;

Assuntos Ambulatoriais (DIAA), nos termos desta Portaria.

3. Definir a Implantação de um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador Estadual (CRST), localizado em Florianópolis e uma rede de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais, com distribuição a ser definida pelo Programa;

4. Os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais e Estaduais (CRST'S) compõem o nível secundário da rede do Sistema Único de Saúde Estadual (SUS), conforme definido em legislação específica;

5. O quadro de pessoal e recursos materiais necessários ao funcionamento dos CRST'S serão providos pelo SUS e por outros órgãos governamentais responsáveis pela saúde do trabalhador, em seus diferentes aspectos;

6. Quanto à estrutura do Programa de Saúde do Trabalhador:

6.1. A Coordenação Executiva Estadual do PROSAT será composta de um representante da Diretoria de Assuntos Ambulatoriais, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e da Diretoria de Vigilância Sanitária, sendo o coordenador geral escolhido entre os mesmos;

6.2. A Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, instituída pela Portaria SES/DIAA nº 02/92, caberá o acompanhamento do funcionamento e avaliação periódica do PROSAT, em caráter deliberativo e permanente;

6.3. A articulação técnica com outras instituições governamentais será desenvolvida pela Coordenação Técnica Colegiada Interinstitucional composta pela Coordenação Executiva do PROSAT e 01 (hum) representante de cada uma das seguintes instituições: Delegacia Regional do Trabalho (DRT); Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador;

6.4. O CRST comporá a instância do SUS, com a participação da DRT e do INSS, e terá uma equipe mínima composta por sanitário, médico do trabalho, engenheiro e/ou técnico de segurança, enfermeiro do trabalho e assistente social, contando com o apoio de profissionais nas áreas de otorrinolaringologia, fonoaudiologia, dermatologia, psicologia, ortopedia ou fisioterapia e outros profissionais disponíveis na rede do SUS;

6.5. O Núcleo de Saúde do Trabalhador (NST) comporá a rede municipal do SUS, devendo ter uma equipe mínima composta por médico do trabalho e técnico de Segurança do Trabalho e/ou outro profissional da área. Os médicos que antes exerciam a Coordenação de Acidente de Trabalho (AT) nas localidades, deverão preferencialmente fazer parte dos núcleos de saúde do trabalhador (NST).

ações educacionais relacionadas à saúde do trabalhador, dirigidas à:

- formação, capacitação e reciclagem de recursos humanos da rede do SUS;
- capacitação de sindicalistas e componentes das CIPAS;
- conscientização do empresariado;
- orientação dos trabalhadores quanto aos riscos do processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam à saúde.

7.8. Promover e/ou participar em estudos, pesquisas e avaliações de riscos e agravos à Saúde do Trabalhador existentes no processo de trabalho e do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

7.9. Formalizar, através de convênios, a integração das ações de Vigilância Sanitária do SUS com a de outros organismos governamentais responsáveis por ações de fiscalização na área de saúde do trabalhador, otimizando a utilização de recursos humanos e materiais;

7.10. Formalizar, através de convênios, a articulação entre a Vigilância Epidemiológica do SUS, outros organismos governamentais, empresas e entidades sindicais, visando a integração e organização do fluxo, registro de dados e análise epidemiológica relativos a notificações de doenças e acidentes de trabalho

7.11. Promover ação conjunta com os sindicatos de trabalhadores na fiscalização de locais e condições de trabalho que representem exposição a risco eminente e comprovado para a vida e/ou saúde do trabalhador, adotando medidas cabíveis, inclusive interdição de máquinas, setores, serviços e/ou todo o ambiente de trabalho;

7.12. Participar das atividades de controle e avaliação das ações referentes às condições de trabalho, de sua normatização e fiscalização das condições de organização do processo de trabalho, produção, extração, armazenagem, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que representem riscos à saúde do trabalhador

7.13. Informar ao trabalhador e sua respectiva entidade sindical e as empresas sobre os riscos de acidentes do trabalho, do espaço profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos, de demissão, respeitadas os preceitos da ética profissional, formalizando convites às entidades sindicais das categorias envolvidas para participação em todas as ações de fiscalização e vistoria de locais de trabalho;

7.14. Supervisionar as ações de Saúde do Trabalhador a nível regional e municipal;

7.15. Definir os locais e assessorar a implantação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) a nível estadual e regional, inclusive, participando dos mesmos com

8.3. Supervisionar e complementar, quando necessário, a assistência médico-odontológica prestada a trabalhadores acidentados;

8.4. Investigar a relação entre processo morbido e condições de trabalho em trabalhadores com suspeita de doença ocupacional, ou do trabalho, encaminhados pela rede de saúde, pelos serviços médicos das empresas, pelos sindicatos dos trabalhadores; em trabalhadores identificados em perícias de locais de trabalho como estando submetidos a condições inadequadas de trabalho ou por critérios epidemiológicos de risco;

8.5. Desenvolver atividades educacionais na área de saúde do trabalhador com a finalidade de de:

- capacitar o quadro de pessoal na rede do SUS, em todos os seus níveis;
- capacitar dirigentes sindicais e cipeiros;
- informar trabalhadores quanto a riscos, direitos e mecanismos de prevenção;
- conscientizar o empresariado;
- e proporcionar campos de estágio para cursos relativos à área de saúde do trabalhador, seja a nível técnico, de graduação ou pós graduação;

8.6. Desenvolver atividades de pesquisa necessárias ao conhecimento da realidade de saúde do trabalhador em sua região de abrangência, de forma articulada com Instituições de Ensino Superior da região;

8.7. Supervisionar as atividades do Programa de Saúde do Trabalhador em sua área de abrangência, dando encaminhamento adequado ao que lhe for referenciado pela rede municipal;

8.8. Ao CRST Estadual, localizado junto ao Hospital Universitário da UFSC, cabe, além de cumprir as funções de centro de Referência da Região de Grande Florianópolis, a de ser Centro de Referência Estadual para os casos mais complexos e, especificamente, para os casos de intoxicação relacionados ao processo de trabalho;

8.9. O agendamento de pacientes para o CRST's será feito a partir da rede básica e conveniada do SUS; dos Sindicatos de Trabalhadores; dos Serviços Médicos das Empresas; de necessidade identificadas em vistorias de locais de trabalho; e de critérios epidemiológicos.

9. À Rede Municipal e conveniada do SUS compete:

9.1. Prever a existência de um Núcleo de Saúde do Trabalhador em sua estrutura, responsável pela coordenação das atividades do Programa de Saúde do Trabalhador a nível municipal cumprindo, dentro de suas capacidades, as funções de vigilância sanitária e epidemiológica, assistência e supervisão do acidente de trabalho, identificação e tratamento de

doença profissional e do trabalho, de educação e pesquisa na área de saúde do trabalhador.

9.2. Preenchimento da documentação referente ao acidente de trabalho e respectiva documentação aos órgãos competentes;

9.3. Informar o trabalhador sobre seus direitos em relação ao acidente do trabalho e à doença profissional e do trabalho.

Florianópolis,

JOÃO CHIZZO FILHO

Secretário de Estado da Saúde

IOMP 4153/936

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ASSUNTOS AMBULATORIAIS

PORTARIA SES/DIAA Nº 002/93

Estabelece e normatiza o fluxo de atendimento ao acidentado do trabalho e portador de doença profissional e do trabalho nos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS - SC e das outras providências.

O Secretário de Saúde considerando que, a Constituição Federal no seu art. 200, item II, estabelece que as ações de saúde do trabalhador são de competência do Sistema Único de Saúde - SUS - SC; Considerando que a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação na sua Resolução CIPLAN 8 de 20-12-89, publicada no D.O.U. de 2-1-90, estabelece que a assistência médica ao acidentado do trabalho e ao portador de doença profissional e do trabalho, será executada de forma integrada com os setores responsáveis pela Vigilância Epidemiológica e Sanitária, objetivando a implementação de ações preventivas e de inspeção das condições de trabalho por parte destes setores;

Considerando que a mesma resolução em seu item 3 IV, atribui à Secretaria Estadual de Saúde a competência de manter integração permanente com os setores do INSS, visando estabelecer procedimento em consonância com os trâmites legais existentes e introduzindo mecanismos que se façam necessários para o aprimoramento das ações pertinentes à citada resolução;

Considerando o que dispõe a Portaria SES / DIAA Nº 001/93 de 1993, que cria, define estrutura e competências do Programa de Saúde do Trabalhador do SUS-SC;

Considerando a importância da atuação do

2- Ao procurar o serviço de saúde regionalizado ou municipalizado, o trabalhador deverá apresentar-se com a CAT devidamente preenchida e no prazo legal estabelecido.

3- Na falta de notificação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto no item 1.

4- O serviço de saúde responsável pelo atendimento tomará as medidas cabíveis, para assegurar os direitos previdenciários e a assistência médica, farmacêutica e odontológica gratuita ao trabalhador acidentado.

4.1- O serviço de saúde preencherá o verso da CAT, anotará a evolução, as condutas, os procedimentos médicos e paramédicos na Ficha Clínica do Prontuário Médico - fará o controle do comparecimento do trabalhador, no Cartão de Consulta do Acidentado - CCA ou outro instrumento de registro e comunicará a alta de tratamento que não ultrapasse 15 dias.

4.2- Os eventos morbidos responsáveis por afastamento superiores a 15 dias e aqueles que resultem em sequelas indenizáveis, serão encaminhados à perícia médica do INSS pelo preenchimento do formulário - Requisição de Exame Médico-Pericial - REMP - sem prejuízo no plano terapêutico. No caso do trabalhador rural o encaminhamento deverá ser feito no primeiro dia.

4.2.1 - Estão excluídos desta avaliação os casos internados ou impedidos de se locomoverem, os quais serão submetidos a exame médico pericial em domicílio ou hospitalar.

4.3 - A CAT devidamente preenchida será encaminhada à agência do INSS ou na falta desta à agência do correio, a qual o serviço de saúde esteja vinculado, para caracterização administrativa e técnica do evento como acidente do trabalho para fins de percepção dos benefícios previdenciários, com recomendação de não ultrapassar 10 dias contados a partir de seu recebimento.

4.4- Ocorrendo agravamento ou sequela do evento morbido que resulte em reabertura do benefício, caberá ao médico de atendimento preencher a REMP e encaminhá-la à perícia médica do INSS para estabelecer o nexo de causa e efeito.

4.5- Quando a nível de serviço de saúde não houver disponibilidade do recurso necessário à assistência médica, farmacêutica e odontológica o mesmo encaminhará o segurado ao NST para as providências devidas.

4.6- Em casos de necessidade de órteses e

E assim por estarem acordes as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luiz José Ferreira

Diretor Administrativo/SES.

IOMP 4152/930

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa TAF-ATACADO DE ALIM.E BEBIDAS LTDA
OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93 o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 02/93

VALOR: R\$ 696.075.246,80

Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordes as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luiz José Ferreira

Diretor Administrativo/SES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa INDIL-INDL.DIST.PROD.BOVINOS LTDA
OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93 o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 03/93

VALOR: R\$ 12.682.787,216,20

Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordes as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luiz José Ferreira

Diretor Administrativo/SES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

rá executada de forma integrada com os setores responsáveis pela Vigilância Epidemiológica e Sanitária, objetivando a implementação de ações preventivas e de inspeção das condições de trabalho por parte destes setores;

Considerando que a mesma resolução em seu item 3 IV, atribui a Secretaria Estadual de Saúde a competência de manter integração permanente com os setores do INSS, visando estabelecer procedimento em consonância com os trâmites legais existentes e introduzindo mecanismos que se façam necessários para o aprimoramento das ações pertinentes à citada resolução;

Considerando o que dispõe a Portaria SES / DIAA Nº 001/93 de , que cria, define estrutura e competências do Programa de Saúde do Trabalhador do SUS-SC; Considerando o que dispõe o Decreto Federal 357 de 07-12-91 que aprova o regulamento dos benefícios da Previdência Social, resolve:

Artigo 1 - Ficam transferidas as atribuições do anteriormente Coordenador de Competência de Acidentes de Trabalho constantes na O.S. 59.1 de 11-08-78, publicada no BS/DG INPS 141 de 29-10-78 para o âmbito dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e Núcleos de Saúde do Trabalhador municipais. Parágrafo Único - caberá aos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e Núcleos de Saúde do Trabalhador, a criação dos instrumentos e a delegação de responsabilidades na área de sua abrangência para assumirem o planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas pelo ex-INAMPS.

Artigo 2 - Fica estabelecido o fluxo de atendimento ao acidentado de trabalho e portador de doença profissional e do trabalho na rede de serviços do SUS-SC, conforme anexo que faz parte integrante desta Portaria.

Artigo 3 - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada as disposições em contrário.

ANEXO

1- A empresa deverá notificar o acidentado do trabalho, doença profissional ou do trabalho a Previdência Social, preenchendo a Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência.

1.1- Em caso de morte, a comunicação será imediata à autoridade competente.

1.2- Cópia fiel da notificação deverá ser entregue ao acidentado ou a seus dependentes, bem como ao sindicato a que corresponde a categoria.

de Saúde esteja insatisfeito, para a realização de administração e técnica do evento como acidente do trabalho para fins de percepção dos benefícios previdenciários, com recomendação de não ultrapassar 10 dias contados a partir de seu recebimento.

4.4- Ocorrendo agravamento ou seqüela do evento, morbido que resulte em reabertura do benefício, caberá ao médico de atendimento preencher a REMP e encaminhá-la à perícia médica do INSS para estabelecer o nexo de causa e efeito.

4.5- Quando a nível de serviço de saúde não houver disponibilidade do recurso necessário a assistência médica, farmacêutica e odontológica o mesmo encaminhará o segurado ao NST para as providências devidas.

4.6- Em casos de necessidade de órteses e próteses o segurado deverá ser encaminhado ao NST que acionará o SUS e INSS para as devidas providências.

5- Os serviços de atendimentos médico ao trabalhador acidentado ou portador de doença profissional ou do trabalho, sejam públicos, filantrópicos ou privados independentemente da sua vinculação com o SUS, deverão encaminhá-los aos Centros de Referência ou Núcleos de Saúde do Trabalhador, cópia do prontuário médico.

6- O INSS após caracterização ou não do acidente ou doença do trabalho, deverá encaminhá-lo ao Centro de Referência ou Núcleo de Saúde do Trabalhador a 2ª via da CAT já numerada.

Florianópolis,

JOÃO GILZIO FILHO
Secretário de Estado da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa TAP-ATACADO DE ALIM.E BEBIDAS LTDA OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 01/93

VALOR: CR\$ 555.777.472,32
Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 03/93

VALOR: CR\$ 12.682.787,216,20

Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordes as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luiz José Ferreira
Diretor Administrativo/SES.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa FEIXXAPIA DO CHICO DE ERQ M.JACQUES-M OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 03/93

VALOR: CR\$ 1.612.546.000,00

Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordes as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luiz José Ferreira
Diretor Administrativo/SES.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Termo Aditivo ao Contrato Original que entre si firmam a Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual da Saúde e a Empresa TAP-ATACADO DE ALIM.E BEBIDAS LTDA. OBJETIVO: Prorrogar o prazo por 4 (meses) com início em 01.05.93, o Contrato para prestação de Serviços de Fornecimento nº 02/93

VALOR: CR\$ 696.075.246,80

Todas as demais cláusulas contratuais permanecem íntegras e inalteradas.

E assim por estarem acordes as partes assinam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 01 de maio de 1993

Representante da Contratada

Luiz José Ferreira
Diretor Administrativo/SES.

ANEXO D

**Decreto que cria o Sistema de Vigilância e Fiscalização à Saúde
do Trabalhador em Florianópolis**



Do Gabinete do Prefeito do Município de Florianópolis

DECRETO Nº. 1097/96

DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA E FISCALIZAÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES, REGULAMENTANDO O ARTIGO 16, PARÁGRAFO 2º DA LEI MUNICIPAL 4.565/94 DE 19/12/94.

O Prefeito Municipal de Florianópolis, no uso de suas atribuições que lhe confere o Art. 74, Inciso III da Lei Orgânica do Município de Florianópolis, de 05/04/90, e

Considerando o Art. 118, inciso II, e Art. 134, inciso XI, da mesma Lei;

Considerando a Constituição Federal no seu Artigo, 200, item II, que estabelece que as ações de Saúde do Trabalhador são de competência do Sistema Único as atribuições de Saúde do Trabalhador no Âmbito dos Municípios; de Saúde - SUS;

Considerando a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.080, de 19/09/90, que prevê as atribuições de Saúde do Trabalhador no Âmbito dos Municípios;

Considerando a Portaria nº. 1.565 de 26/08/94, do Ministério da Saúde, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência e competência;

Considerando a Portaria SES/DLAA nº. 001/93, publicada no D.O./SC de 14/05/93, que Cria o Programa de Saúde do Trabalhador no Âmbito Estadual, delegando competências aos Municípios;

Considerando o atual Convênio de Municipalização celebrado entre o Ministério da saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e o Município de Florianópolis, na condição de gestão parcial, que na sua Cláusula Quarta estabelece como compromisso do Município a execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho;

Considerando a Portaria nº. 016.94, que Cria o Programa de Saúde dos Trabalhadores do SUS Municipal, e,



Do Gabinete do Prefeito do Município de Florianópolis

Considerando a Lei Municipal nº. 4.565/94, de 19/12/94, Título III - Promoção e Proteção da Saúde, seção IV - Saúde do Trabalhador e Título IV - Vigilância Sanitária;

RESOLVE:

Art. 1º. - Estruturar o Sistema de Vigilância e Fiscalização à Saúde dos Trabalhadores no Município de Florianópolis, como parte integrante do Programa de Saúde dos Trabalhadores, a cargo da Divisão de Vigilância Sanitária do Departamento de Saúde Pública/Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social.

Art. 2º. - Definir Saúde do Trabalhador como uma ação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social e epidemiológico, com a finalidade de avaliar, planejar e intervir sobre os mesmos, de forma a prevenir, eliminar ou diminuir os agravos à saúde dos trabalhadores.

§ 1º. - São sujeitos e objetos das ações de saúde do trabalhador todos os trabalhadores que desenvolvam suas atividades no Município, integrantes do mercado de trabalho formal e informal, independente de vínculo empregatício, público ou privado, com ou sem contrato ou carteira de trabalho; os trabalhadores autônomos, domésticos, aposentados ou demitidos; nos setores primário, secundário e terciário da economia.

§ 2º. - Constitui campo de atuação do Sistema o ambiente de trabalho, as condições do processo de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição, destinação final de resíduos e manuseio de substâncias e produtos, de máquinas e equipamentos nele incluídos os objetos, os instrumentos, a tecnologia, os produtos e a organização do trabalho, as medidas de controle de riscos e de proteção coletiva e individual, e as condições de saúde dos trabalhadores.

Art. 3º. - O Sistema de Vigilância e Fiscalização à Saúde dos Trabalhadores terá como premissas e objetivos desenvolver:

- 1 - Ações de caráter prioritariamente preventivas de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho;



Do Gabinete do Prefeito do Município de Florianópolis

- II - Ações articuladas entre as diversas entidades e órgãos que atuam, ou não, na área de saúde do trabalhador, entre as quais os Sindicatos de Trabalhadores e Patronais, DRT, Fundacentro, INSS, Ministério Público, UFSC, UDESC, Governo do Estado de Santa Catarina e as entidades ambientais;
- III - Ações planejadas considerando-se o perfil epidemiológico do Município;
- IV - Ações executadas com a participação efetiva da população trabalhadores envolvida considerando-se inclusive o conhecimento empírico que estes tem sobre sua situação.

Art. 4º. - Compete a Divisão de Vigilância Sanitária:

- I - Elaborar, orientar e fiscalizar o cumprimento das Normas Técnicas Especiais - NTE relativas à defesa da saúde dos trabalhadores, comunicando quanto as recomendações técnicas e prazo para cumprimento;
- II - Impor as penalidades cabíveis por descumprimento das NTE relativas à saúde dos trabalhadores;
- III - Apreender, inutilizar e interditar máquinas, equipamentos, ferramentas e produtos, bem como interditar, total ou parcialmente, processos e ambientes de trabalho considerados como de risco grave e/ou iminente à saúde dos trabalhadores
- IV - Reconhecer e assegurar o direito de recusa ao trabalho em situações de risco grave e/ou eminente à saúde e segurança dos trabalhadores e/ou da população residente na área de abrangência do ambiente em questão;
- V - Firmar convênios, termos de cooperação técnica, protocolos de intenções, entre outros, a fim de auxiliar o alcance de seus objetivos.

Art. 5º. - É dever dos empregadores e contratantes, públicos e privados:

- I - Cumprir as normas e demais solicitações e recomendações expedidas pela Divisão de Vigilância Sanitária, bem como outras normas Municipais, Estaduais, Federais e oriundas de acordos coletivos, de trabalho em matéria de Segurança e medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador;



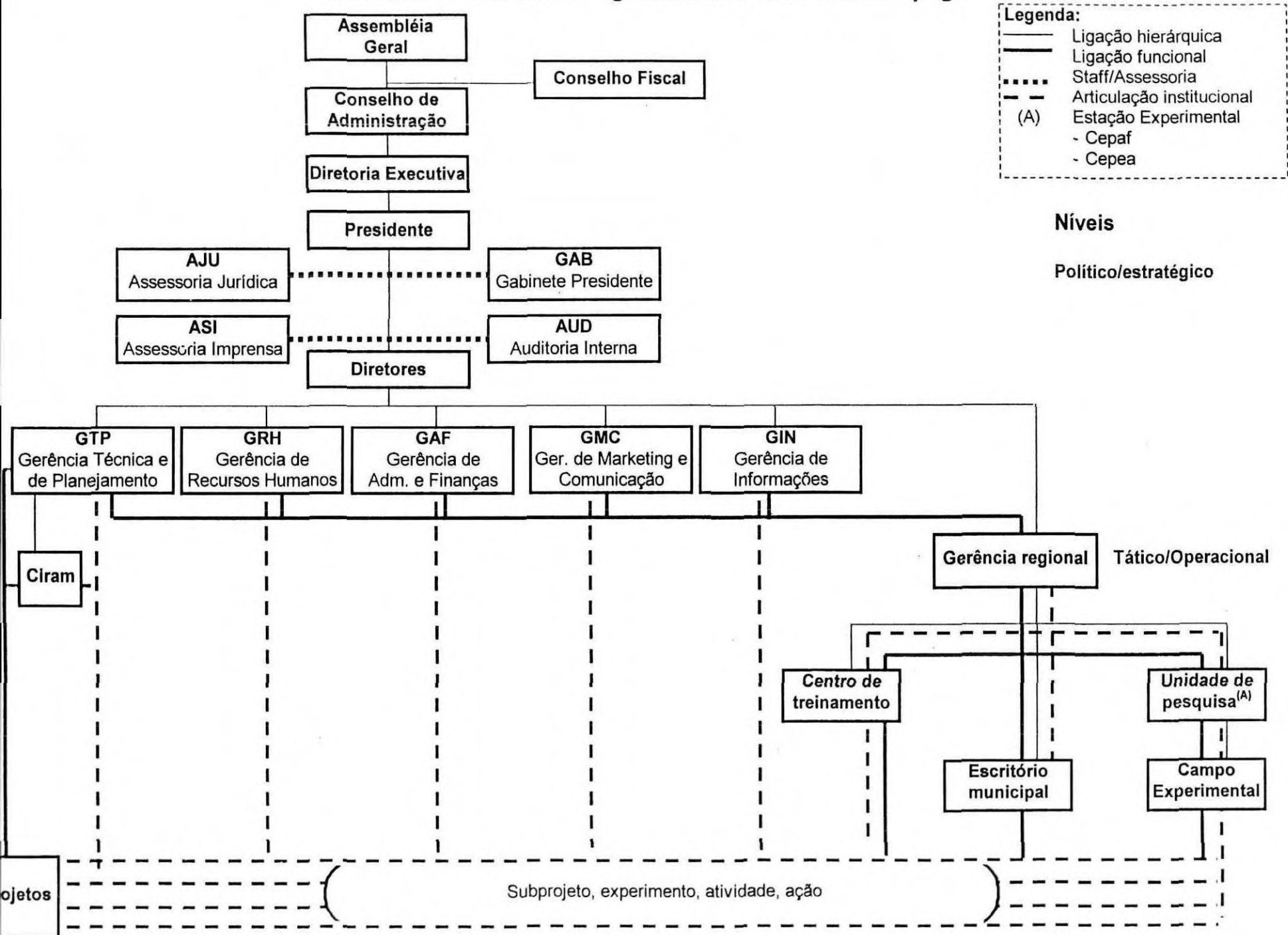
Do Gabinete do Prefeito do Município de Florianópolis

- II - Adequar a organização do trabalho as condições psico-fisiológicas dos trabalhadores tendo em vista as possíveis repercussões negativas sobre a saúde, quer diretamente através dos fatores que a caracterizam, quer pela potencialização dos riscos de qualquer natureza presentes no processo de produção.
- III - Adotar medidas de proteção coletiva observando a seguinte ordem de prioridade:
- a) eliminar ou reduzir a utilização ou a formação de agentes de risco;
 - b) prevenir a elaboração ou disseminação dos agentes de risco no ambiente;
 - c) reduzir os níveis ou a concentração dos agentes de risco no ambiente;
 - d) adotar medidas de proteção individual, incluindo diminuição do tempo de exposição, promovendo a utilização eficaz de equipamentos de proteção individual - EPI e outras de caráter administrativo ou de organização do trabalho;
- IV - Admitir a utilização de EPI adequado e eficiente nas seguintes situações:
- a) nas emergências;
 - b) dentro do prazo estabelecido no cronograma de implantação das medidas de proteção coletiva;
 - c) sempre que as medidas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis ou não oferecerem completa proteção contra os riscos de acidente e doenças relacionadas ao trabalho, a critério da autoridade de saúde.
- V - Facilitar o acesso de representantes do sindicato e outros representantes dos trabalhadores no acompanhamento da vigilância no exercício de suas funções;
- VI - Paralisar atividades em situações de risco grave ou iminente, garantindo os direitos dos trabalhadores;
- VII - Dar conhecimento aos trabalhadores informando sobre as situações de risco, sobre as medidas de proteção adotadas, sobre os monitoramentos e levantamentos técnicos realizados entre outros;

ANEXO E

Estrutura Organizacional Matricial da EPAGRI

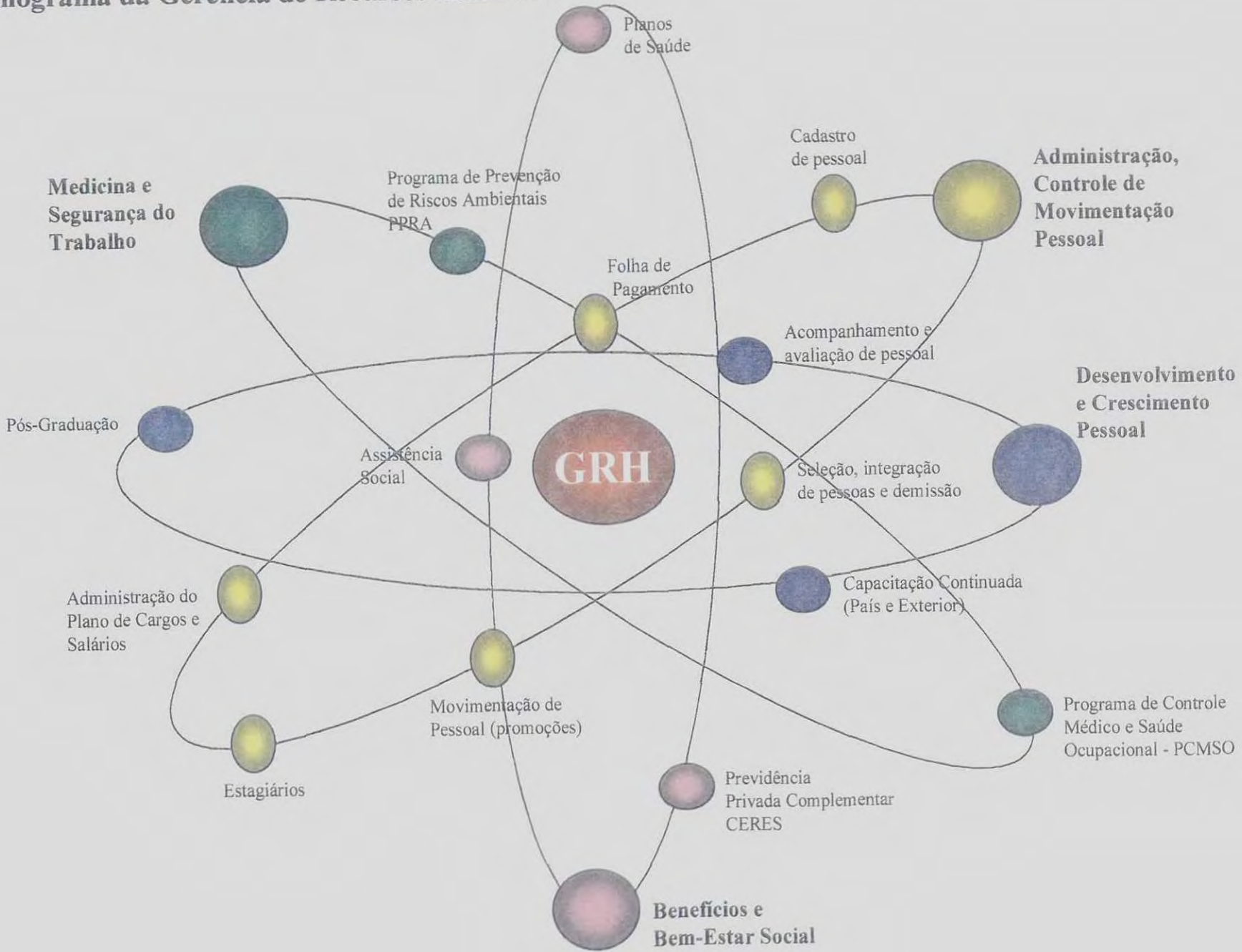
ANEXO A – Estrutura Organizacional Matricial da Epagri



ANEXO F

Proposta de Organograma da Gerência de Recursos Humanos

Organograma da Gerência de Recursos Humanos



ANEXO G

Questionários

QUESTIONÁRIO

Identificação

Nome:

Função:

Data em que se tornou representante da CASACARESC:

Por quê se tornou representante da CASACARESC:

Período em que entrou na Epagri:

1 – Abaixo estão relacionados os programas da CASACARESC, ordene-os na sequência em que são mais utilizados nessa Regional.

() FASA – Fundo de Auxílio à Saúde

() FMAF – Fundo Mútuo de Assistência Financeira

() FAMH – Fundo de Assistência Médico Hospitalar

() FASESP – Fundo de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais

2 – Quais os principais problemas existentes nessa Regional, em relação à Saúde do Trabalhador? Na sua opinião, como poderiam ser enfrentados ou superados?

3 – No seu entender, o que poderia ser feito para prevenir problemas de saúde?

4 – Existe algum estudo (levantamento, pesquisa) em relação à saúde nesta Regional? Por quê?

5 – Quais os serviços oferecidos pela CASACARESC que você conhece?

- ☐ Convênio médico-hospitalar
- ☐ Reembolso de despesas médico-hospitalares, quando não utilizados os serviços conveniados
- ☐ Convênios com farmácias para compra de medicamentos mediante receita médica
- ☐ Assistência odontológica
- ☐ Auxílio para confecção de óculos, mediante receita de oftalmologista
- ☐ Empréstimo financeiro
- ☐ Auxílio funeral
- ☐ Serviço de Reabilitação
- ☐ Disponibilização de equipamentos, tais como; cadeira de rodas, aparelho para medir pressão arterial, muletas
- ☐ Auxílio financeiro em caso de calamidade pública, catástrofes.
- ☐ Assistência médica para filhos maiores de 21 anos, cursando graduação
- ☐ Assistência odontológica para filhos maiores de 21 anos, cursando graduação
- ☐ Reembolso de próteses
- ☐ Reembolso de órteses

6 - Na sua opinião, os empregados desse Regional têm conhecimento dos serviços oferecidos pela CASACARESC em relação às questões de saúde? Por quê?

7 - Novos serviços e benefícios poderiam ser prestados pela CASACARESC visando atender as necessidades dos empregados? Quais? Por quê?

8 - O que acontece quando um empregado dessa regional precisa fazer tratamento de saúde em Florianópolis?

9 - Qual a sua avaliação sobre o desenvolvimento dos serviços voltados à saúde nos últimos 5 anos?

10 – Na sua opinião qual a contribuição do Serviço Social para garantia de acesso aos direitos e/ou serviços voltados à saúde na Epagri?

11 - Existe comunicação entre os representantes da CASACARESC e o Serviço Social? Como ocorre? Em que circunstâncias?

12 – Na sua opinião qual a contribuição que o Serviço Social poderia dar para a **promoção e recuperação** da saúde dos trabalhadores da Epagri?

13 - Há alguma sugestão que você gostaria de apresentar sobre o que existe ou pode ser criado visando a promoção e o atendimento à saúde do trabalhador, no âmbito da Epagri, CASACARESC, Serviço Social, Sindicato?

ANEXO H

Carta de Apresentação da Pesquisadora

Florianópolis, 21 de outubro de 2002.

Ilmo Sr^a -----

Representante da CASACARESC

Sou estudante do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina e realizei estágio no setor de Serviço Social da Epagri, tendo como supervisora a assistente social Lindomar Oscar Machado (CRESS 1125).

Tendo em vista a realização do Trabalho de Conclusão de Curso, exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, venho solicitar sua colaboração respondendo o questionário anexo. O mesmo tem como finalidade contribuir para a realização da pesquisa que aborda o tema Saúde do Trabalhador.

Esperando contar com sua valiosa colaboração o mais rápido possível, respondendo-me até o dia 30 de outubro, enviando a resposta, via malote, para o Serviço Social, aos cuidados de Lindomar, agradeço e coloco-me a disposição para maiores informações.

Atenciosamente

Cátia Maria Velloso Huller

ANEXO I

**Carta de encaminhamento elaborada pela Administradora da
CASACARESC**



Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado do
Desenvolvimento Rural e da Agricultura
Empresa de Pesquisa Agropecuária e
Extensão Rural de Santa Catarina S.A.

M - 334 – CASACARESC

Florianópolis, 21 de Outubro de 2002.

De: CASACARESC

Para: Representantes Regionais

Assunto: Envio de Questionário

Prezado representante

Estamos encaminhando em anexo carta e questionário da estagiária Cátia Maria Velloso Huller que precisa de sua colaboração no sentido de responde-lo para contribuir com o Trabalho de conclusão de Curso do Serviço Social e também para avaliarmos e melhorarmos os trabalhos nesse setor. Sua resposta estará não só contribuindo para o Trabalho de Conclusão de Curso da estagiária, mas também para avaliarmos e melhorarmos nosso trabalho nesse setor.

Pedimos a gentileza de nos responder até dia 30/10/2002 para que esta possa montar sua monografia.

Certa da sua compreensão e apoio agradeço.

Atenciosamente

Juçara M. O. Bordin
Adm. CASACARESC

ANEXO J

Lista dos Representantes da CASACARESC

LISTA DOS REPRESENTANTES REGIONAIS DA CASACARESC

A.S.C. – Chapecó – Antonio Setembrino de Carvalho

E.N. – Tubarão – Eldi Neu

J. A.S. – Campos Novos – José Anselmo da Silva

J.L.V.P.R. – Lages – João Luiz V. Pires da Rosa

L.T.M.S. – Videira - Laci T. M. Strapazzon

M.B.S.S. – Joinville – Maria Bernadete de S. Soares

M.F.T. – Concórdia – Maria Ferreira Terrez

M.L.F.S. – Criciúma – Maria Luiza F. de Souza

N.A.O.L. - Caçador – Neide A. de Oliveira Lewinski

N.F.S. – Canoinhas – Noemia Ferreira Staviski

N.M.L.W. – São Miguel do Oeste – Neuza Maria L. Warken

N.T.N.S. – Itajaí – Nicoleta T. N. Sabetski

ANEXO L

Carta de Agradecimento

Florianópolis, 01 de março de 2003

Ilmo Sr^a -----
Representante da CASACARESC

Venho, através desta, agradecer sua valiosa contribuição, ao responder o questionário enviado em 21 de outubro de 2002, referente à pesquisa para elaboração do meu Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, com o tema "Saúde do Trabalhador".

Enfatizo que suas informações concorreram para o enriquecimento do estudo que me propus a realizar e que espero seja útil à EPAGRI.

Aproveito a oportunidade para informar que a referida monografia estará disponível no Setor de Serviço Social da Sede Administrativa da EPAGRI, a partir do dia 20 de março de 2003. Ressalta-se que haverá disponível, também, uma cópia em disquete.

Sem mais para o momento

Atenciosamente

Cátia Maria Velloso Huller